



HAL
open science

Des médecins élus locaux en Aquitaine

Eliau Robert

► **To cite this version:**

Eliau Robert. Des médecins élus locaux en Aquitaine. Science politique. Université Montesquieu - Bordeaux IV, 2003. Français. NNT: . tel-00287552

HAL Id: tel-00287552

<https://theses.hal.science/tel-00287552>

Submitted on 12 Jun 2008

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.

**UNIVERSITE MONTESQUIEU-BORDEAUX IV
SCIENCES PO BORDEAUX
CERVL-POUVOIR, ACTION PUBLIQUE, TERRITOIRE**

DES MÉDECINS ÉLUS LOCAUX EN AQUITAINE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN SCIENCE POLITIQUE

Elian ROBERT

**Sous la direction de M. Claude SORBETS
*Directeur de recherche CNRS
Directeur du CERVL***

Membres du jury :

M. Jean-Daniel Chaussier, Maître de conférences en science politique à l'université de Pau et des Pays de l'Adour.

M. Eric Kerrouche, Chargé de recherche CNRS-CERVEL, Institut d' Etudes Politiques de Bordeaux.

M. Pierre Sadran, Professeur de science politique, Institut d' Etudes Politiques de Bordeaux.

M. Claude Sorbets, Directeur de recherche CNRS-CERVEL, Institut d' Etudes Politiques de Bordeaux, Directeur de thèse.

M. Pierre Valarié, Chargé de recherche CNRS-CEPEL, Université de Montpellier I.

Octobre 2003

Remerciements

Je remercie Monsieur Claude Sorbets pour avoir dirigé cette thèse avec une patience et un souci de compréhension permanents.

Il m'appartient aussi de saluer la mémoire du professeur Mabileau qui a accompagné les premières années de ma tentative en science politique.

Mes remerciements vont à Madame Pucheu ainsi qu'à toutes les personnes du CERVL qui ont, par leur soutien, atténué le caractère légèrement pesant de cette aventure.

Entré à l'IEP de Bordeaux en 1986, j'ai pu y suivre des enseignements aussi passionnants que diversifiés. Ils m'ont permis d'élargir ma connaissance du monde et de fonder quelques convictions vitales. Merci beaucoup.

Je remercie Véronique Cudero, Anne Castex et Frédéric Blesson pour leurs nombreuses interventions dans la présentation informatique des données. Merci à toutes celles et ceux qui par leurs relectures successives ont contribué à l'amélioration finale de ce texte.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
PREMIÈRE PARTIE : L'ÉLIGIBILITÉ DES MÉDECINS ENTRE APPARTENANCE PROFESSIONNELLE ET ESPACES DE RECONNAISSANCE	19
CHAPITRE 1 : LES EFFETS DE L'APPARTENANCE PROFESSIONNELLE SUR L'ÉLIGIBILITÉ DES MÉDECINS	21
CHAPITRE 2 : LES ITINÉRAIRES DES MÉDECINS ÉLUS DANS DES CONTEXTES LOCAUX : PERMANENCE DE L'IDENTITÉ INDIVIDUÉE DANS LA VARIABILITÉ DES ESPACES DE RECONNAISSANCE	127
DEUXIÈME PARTIE : DES MÉDECINS ÉLUS LOCAUX AUX ÉLUS LOCAUX MÉDECINS	211
CHAPITRE 3 : DE LA COMPÉTENCE DE MÉDECIN À LA COMPÉTENCE D'ÉLU	215
CHAPITRE 4 : DES ÉLUS LOCAUX MÉDECINS	303
CONCLUSION GÉNÉRALE	357
ANNEXES	368
BIBLIOGRAPHIE	448
TABLE DES MATIÈRES	469

INTRODUCTION

Une étude de science politique sur les médecins élus locaux implique de réfléchir en préalable sur les deux acceptions que peut prendre la notion de présentation d'une réalité sociale. Suivant la première, il convient de rendre compte de la réalité empirique délimitée et pour laquelle il faut déterminer une problématique de recherche : des médecins élus locaux, c'est-à-dire une population visée sous l'angle d'une double appartenance. Avec la seconde, il faut considérer que cette réalité sociale est présentée à la société à travers l'ensemble des représentations dont elle peut faire l'objet. Il paraît délicat de construire un objet de recherche en ignorant les lectures produites à son sujet. Par rapport au sujet de thèse, il est peut-être plus pertinent de distinguer dans ces représentations celles qui se rapportent à la profession médicale et celles qui l'évoquent dans l'univers de la représentation politique.

La population des médecins élus locaux correspond à un ensemble d'acteurs étudié sous le double aspect des propriétés sociales et politiques. Le point commun entre ces deux séries de réalités est qu'elles apparaissent l'une et l'autre dans une grande variété de contextes. L'observation des modes d'exercice professionnel, des sites électoraux et des trajectoires électives individuelles conduit à reconnaître à ce groupe d'élus une très grande hétérogénéité. Le volet empirique de notre recherche repose sur l'étude des résultats des élections municipales entre 1959 et 1989 (6 scrutins) pour les départements d'Aquitaine mais il n'a pas été possible d'obtenir les tableaux des conseils municipaux pour toutes les années. La série est complète pour le seul département de la Gironde. Il manque en moyenne deux années par département. Les résultats des élections cantonales correspondent aux scrutins compris entre 1961 et 1988. Quantitativement, les médecins comptent pour 1 à 3 % des élus municipaux, et leur proportion parmi les conseillers généraux varie entre 10 et 30 % suivant les époques et les départements. Les conseillers régionaux ne sont pas pris en compte par cette étude des élections locales entre 1959 et 1989, car il n'aurait fallu se baser que sur les résultats des élections régionales de 1986. Notons qu'à l'issue des élections législatives de 1993, 10 % des députés appartenaient à la profession médicale et beaucoup parmi eux exerçaient au moins un mandat local. Cet aspect quantitatif, même s'il contribue à signaler un phénomène, n'est pas celui qui présente le plus grand intérêt heuristique. Il sert de fondement à la thèse de la « sur-

représentation » des médecins dans les fonctions électives. Mais admettre cela ne conduit-il pas à soutenir implicitement une conception de la démocratie représentative qui soutient que la représentation politique doit reproduire, plus ou moins fidèlement, une image de la stratification sociale ? Cette interprétation n'a-t-elle pas pour effet de sous-estimer la pluralité des facteurs qui préside à la désignation des représentants ?

La deuxième partie de notre enquête est constituée d'une série d'entretiens avec des médecins élus locaux sur la base d'un questionnaire transmis préalablement à l'entretien. Ces entretiens ont été réalisés auprès de médecins élus locaux en Gironde.

En travaillant dans la perspective établie suivant la seconde conception de la présentation, il convient de s'interroger sur les lectures portant sur notre sujet de thèse ou l'évoquant de façon incidente. L'objectif de cette démarche n'est pas de juger de la pertinence de telle ou telle approche mais d'essayer de retrouver les interrogations centrales auxquelles chaque argument nous renvoie. Elle est aussi proche de la topique que de la critique.

Ainsi la façon dont la science politique a introduit la profession médicale dans ses études sur le personnel politique local paraît intéressante à plusieurs titres. À travers les différentes recherches dont nous avons pu prendre connaissance, le thème des médecins élus locaux est souvent évoqué dans le cadre de la conception notabiliaire. Quelle contribution particulière l'examen de cette notion peut-il apporter à notre réflexion ?

La conception notabiliaire repose sur une perception de la profession médicale qui est à la fois typifiée et kaléidoscopique. Elle est typifiée parce qu'elle tend à rendre compte de cette profession comme s'il existait un modèle pouvant la représenter dans son ensemble. Une thèse intitulée « le médecin élu local », par exemple, se serait inscrite dans le prolongement de cette conception. Ce modèle ne manque pas de bases analytiques et empiriques. Sur le terrain analytique, des propositions vont dans le sens de la modélisation du rôle de médecin. La genèse du concept de profession renforce cette tendance comme cela peut être vérifié dans les études produites sur cette question même si la typification qu'elles proposent varie dans ses contenus. Il est difficile de mettre sur le même plan l'analyse parsonienne¹ et l'approche en terme de « profession consultante »². Il semble plus prudent d'associer à ces analyses une lecture qui insiste sur une prise en compte de l'hétérogénéité de cette profession. Le lien historique particulier entre la constitution du concept de profession et l'institutionnalisation de la profession médicale³ ne doit pas être sous-estimé. D'autant que si l'on en croit Talcot

¹ T. Parsons, *Eléments pour une sociologie de l'action*, Plon, Paris, 1955, p. 193–255.

² E. Freidson, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.

³ Parmi les nombreux travaux qui traitent de cette question, on peut se référer à l'ouvrage de synthèse de Pierre Tripier et Claude Dubar, *Sociologie des professions*, A. Colin, Paris, 1998.

Parsons « l'émergence massive du phénomène professionnel dépasse en signification, du point de vue des transformations structurelles de la société du vingtième siècle, celles de la spécificité des modes d'organisation de type capitaliste ou socialiste. »⁴ La signification professionnelle se présente ainsi comme un élément d'un système de reconnaissance des identités sociales contribuant à la régulation de la conflictualité politique.

Ce travail de typification est prolongé dans le sens commun par des représentations comme celles du « médecin de campagne » ou du « médecin de famille » qui ont traversé les créations littéraires ou cinématographiques jusqu'à aujourd'hui⁵.

La profession médicale a été incarnée par deux personnages représentant chacun un segment particulier du corps médical : le médecin généraliste et le professeur de médecine. La période d'étude choisie ici reconnaît le bien-fondé tout relatif de cette représentation car nous verrons qu'à partir du milieu des années 70, il est de plus en plus difficile de la maintenir. Les différentes recompositions que connaît le corps médical depuis cette époque invitent à sa remise en question partielle.

Le titre de docteur en médecine permet de ranger les médecins dans les catégories sociales qui ont une « vocation naturelle à être des autorités sociales »⁶. La thèse est aussi une façon de revisiter cette évidence pour trouver les éléments à partir desquels elle s'est construite au fil du temps. D'autant que l'examen des registres à l'intérieur desquels sont évoqués les rapports entre la profession médicale et le politique met à jour un ensemble signifiant aussi dense qu'hétérogène qui est peut-être la base de ce caractère d'évidence. Ainsi la référence au pouvoir politique des médecins « en raison de l'influence supposée qu'ils exercent sur leurs patients »⁷, nous renvoie autant à une réflexion sur les médecins élus locaux qu'à un examen des conditions de formation de la décision électorale. Certains acteurs de la vie politique locale peuvent-ils infléchir le vote des électeurs ? Quels éléments permettent de montrer l'objectivation de l'influence de ces agents sur le vote des électeurs ? De même, si l'on affirme que « le pouvoir électoral des médecins est comme décuplé dans l'esprit des hommes politiques »⁸, il convient de se situer dans l'univers de la sélection du personnel politique local pour comprendre que les acteurs du cadre d'expérience politique expriment une

⁴ Encyclopedia of the social sciences, 1968, p. 545.

⁵ On ne peut pas citer ici toutes les œuvres qui ont utilisé dans la création littéraire une typification de la profession médicale. Mais de Molière à Martin Winckler, en passant par Balzac, Flaubert et L-F Céline, la constance de ce phénomène peut susciter une certaine curiosité sociologique.

⁶ P. Lalumière, dans A. Mabileau (dir.), *Les facteurs locaux de la vie politique nationale*, Paris, Pédone, 1972, p. 43.

⁷ P. Hassenteufel, *Les médecins face à l'Etat*, Paris, Presses de Sciences-Po, 1996, p. 5.

⁸ P. Hassenteufel, *op. cit.*, p. 23.

reconnaissance particulière à l'égard des médecins. Sommes-nous à même de montrer la stabilité dans le temps et dans l'espace des propriétés de cet univers ?

Le caractère « kaléidoscopique » de l'univers signifiant qui entoure la profession médicale désigne une réalité complexe qui appelle un regard sur des acteurs tout autant qu'une lecture distanciée de ceux-ci. Ainsi la qualification du pouvoir médical « souvent posé comme une évidence résultant du savoir scientifique sur lequel se fonde l'exercice de la médecine »⁹ paraît en continuité avec « la vocation naturelle » évoquée plus haut. Pourtant, elle renvoie à un système de légitimation fondé sur la scientificité des sciences exactes qui valorise la position de ceux qui en revendiquent la détention. Or les études effectuées sur la pratique du métier de médecin autant que les présentations que peuvent en faire les médecins eux-mêmes ne renvoient pas toujours à un registre de scientificité¹⁰. Cette conception peut être opposée à un registre d'interprétation du métier de médecin qui insiste sur l'intuition, le « flair », associés à une orientation pragmatique très marquée¹¹.

L'association des médecins à la conception notabiliaire résulte aussi de la localisation de la profession médicale dans une présentation de la stratification symbolique de la société française qui accentue l'empreinte de sa présence sociale. Le fait d'être classé dans les professions libérales, les « intellectuels »¹² ou les classes moyennes ne confère pas les mêmes caractères symboliques suivant les époques. Pourtant, chacune de ces catégories renvoie à un positionnement social¹³ et à la possibilité d'une conversion des propriétés sociales en probabilités d'action dans l'espace politique. Encore faudrait-il s'interroger sur les modalités de cette conversion et plus encore sur les lectures qu'elle appelle. Sans-doute la thèse qui se propose de démontrer les « prédispositions » de certains milieux professionnels pour le rôle d'élus parfois décrit comme un « métier »¹⁴ est-elle une de ces lectures. Ce n'est pas une thèse récente, elle a été exprimée par M. Weber¹⁵, à propos des avocats, et a été reprise à plusieurs reprises dans des travaux récents de science politique¹⁶. Elle conduit à se demander « en quoi l'exercice de la profession médicale peut avoir une influence sur le comportement

⁹ P. Hassenteufel, *op. cit.*, p. 6.

¹⁰ Nous verrons plus loin que les qualifications en termes de « coup d'œil », d'« intuition », accompagnent des conceptions du métier de médecin qui contredisent ce caractère de scientificité.

¹¹ C'est la thèse que soutient Eliot Freidson, par exemple.

¹² Voir le titre de l'article cité plus haut.

¹³ Au sens de situation dans une division de la société sur des critères symboliques et matériels.

¹⁴ La discussion sur ce point sera abordée dans le chapitre 4 relativement aux travaux qui ont construit cette interprétation.

¹⁵ M. Weber, *Le savant et le politique*, Paris, U.G.E 10 / 18, 1982, p. 127.

¹⁶ Voir par exemple, Philippe Garraud, « Le recrutement des maires en milieu urbain : esquisse et typologie », *Pouvoirs* n°32, 1982, p. 34 ou Philippe Braud, *Le jardin des délices démocratiques*, Paris, Presses de la FNSP, 1991, p. 178-179.

politique » ?¹⁷ Dans quelle mesure est-il possible de déceler chez les médecins élus « une spécificité de leur attitude que l'on peut dire clinique »¹⁸ ?

Peut-être que le lien entre la profession médicale et la conception notabiliaire résulte finalement du fait que la représentation typifiée de la première incarne aisément « ce lien complexe entre une origine sociale, une activité professionnelle, un rapport au territoire... »¹⁹. La complexité signifiante qui entoure la profession médicale résulte d'une autre série de facteurs. Cette profession appartient à un secteur de la société dont la présence est aussi vérifiable dans le domaine de la matérialité que dans celui de la production de sens. La notion de « médicalisation de la société »²⁰ permet d'initier une réflexion portant sur une réalité sociale relativement complexe. Il peut être question de désigner, par son usage, la place de l'institution médicale au sein de la société : son poids économique, son organisation sociale, sa place dans les politiques publiques. Elle peut aussi rendre compte des comportements individuels et collectifs censés exprimer la préoccupation que chacun entretient à propos de sa santé. La bonne santé est la condition minimale de la sécurité ontologique des agents. Du point de vue de la vie des sociétés, la santé « apparaît de la manière la plus immédiate comme une des conditions requises par le fonctionnement de tout système social »²¹. L'univers social de la santé et de la maladie est investi par un grand nombre d'acteurs ayant chacun une perspective singulière. La spécificité de la position de la profession médicale découle du fait qu'elle se trouve présente au croisement de ces perspectives.

Le travail sur la catégorisation notabiliaire des médecins nous permet d'apercevoir la nécessité d'une clarification des registres utilisables pour trouver une lecture adaptée aux réalités que nous entendons présenter.

La première question qui se pose est celle de l'éligibilité « naturelle » des médecins. Or ce caractère naturel semble impliquer que la profession médicale possède des prédispositions pour exercer ce type de fonction. Quelles peuvent être les conditions de cette continuité ? Doit-on se fonder, pour l'établir, sur la proportion élevée de médecins dans certaines instances locales ? Cela signifie que nous accordons à la décision électorale un sens et une unité qu'il n'est pas aisé de montrer. La seule façon de le savoir serait de demander aux électeurs s'ils ont voté pour un médecin en raison de son statut professionnel. Notre réflexion

¹⁷ J. Pincemin, A. Laugier, « Les intellectuels dans la société française contemporaine. Les médecins ». *RFSP*, n°4, décembre 1959, p. 895.

¹⁸ P. Guillaume, *Le rôle social du médecin depuis deux siècles*, Paris, Association pour l'étude de la sécurité sociale, 1996, p. 260.

¹⁹ J. Fontaine, C. Le Bart, *Le métier d'élu local*, Paris, L'Harmattan, 1994, p. 13.

²⁰ B. Jobert, « Les politiques sociales et sanitaires », dans M. Grawitz, J. Leca (dir.), *Traité de science politique*, Paris, PUF, 1985, p. 323.

doit alors s'inscrire dans une perspective plus large qui est celle des conditions d'accès à la représentation politique locale. Plus exactement, il faut se demander en quoi les propriétés caractérisant l'identité sociale peuvent avoir une influence sur l'éligibilité²² des candidats.

Comment étudier les effets de l'identité professionnelle sur l'éligibilité des médecins si le caractère de généralité associé à la catégorisation professionnelle des médecins est remis en question ?

L'idée, déjà ancienne, suivant laquelle « l'exercice concret de la profession éparpille le corps médical »²³ fournit une indication sur la compréhension du rôle de médecin. L'activité professionnelle de médecin pourrait être présentée suivant deux ensembles de définition. Le premier la conçoit comme un rôle professionnel intervenant dans un cadre défini d'interaction, ici le colloque singulier, dans lequel « la définition normative des modes de conduite attendus est particulièrement bien établie »²⁴. Par exemple, la prestation du serment d'Hippocrate correspond à un rite qui est censé manifester l'objectivation du rôle de médecin. Le Conseil de l'Ordre est une institution qui contribue à établir cette conception. Le second considère qu'il faut s'intéresser à la pratique, à l'agir développé par les médecins, pour rendre compte de la définition du rôle, celle-ci se construisant aussi sur la notion d'attentes²⁵. La compétence associée au rôle de médecin est dans ce cas « une construction historique et quotidienne des acteurs individuels et collectifs »²⁶.

Cette conception permet de comprendre que l'exercice du métier de médecin induit la mise en jeu d'une personnalité qui contribue à la constitution de l'identité sociale du médecin dans l'espace local. La diversité des contextes d'exercice indique une pluralité des critères de reconnaissance de cette personnalité.

Depuis 1999, le rapport entre le nombre de médecins généralistes et celui de spécialistes s'est inversé. Or trente ans plus-tôt, le médecin généraliste était considéré comme la figure représentative du corps médical. Aujourd'hui, l'augmentation de la densité de la profession médicale, la modification de sa structure interne, font qu'il est difficile de conserver une représentation fondée sur son unité et son homogénéité. La notion d'espace de reconnaissance permet de comprendre comment l'activité professionnelle peut contribuer à structurer une identité sociale. Si l'identité sociale a une incidence sur l'identité électorale, cette incidence

²¹ T. Parsons, *Eléments pour une sociologie de l'action*, Paris, Plon, 1955, p. 193-194.

²² Nous utilisons le terme d'éligibilité dans un sens plus large que celui proposé par Marc Abélès dans la mesure où nous ne l'envisageons pas uniquement comme l'ensemble des conditions qui facilitent l'élection.

²³ J. Pincemin, A. Laugier, *op. cit.*, p. 885.

²⁴ A. Giddens, *La constitution de la société*, Paris, PUF, 1987, p. 137.

²⁵ J. Lagroye, « On ne subit pas son rôle », *Politix*, n°38, 1997, p. 9.

²⁶ P. Corcuff, *Les nouvelles sociologies*, Paris, Nathan Université, 1996, p. 17.

ne s'exprime pas de façon indifférenciée mais dans le rapport entre des personnalités et leur contexte de vie.

Considérons à présent que cette identité sociale n'est pas seulement individuée mais qu'elle résulte de ce qui attribué à un médecin en raison de son appartenance professionnelle.

Pour comprendre cela, il faut saisir ce qui de l'institution se retrouve dans l'identité individuelle et tenir compte du fait que le rapport des individus à l'institution thérapeutique « c'est d'abord le rapport à celui qui tient un rôle dans une institution...c'est d'abord l'appréhension des individus vivant dans l'institution, qui parce qu'ils tiennent des rôles, nous permettent d'avoir une idée de l'institution »²⁷. Les patients rencontrent une personnalité et un des représentants de l'institution médicale quand ils vont chez leur médecin.

Comme cela est indiqué plus haut, le secteur médical occupe une place très importante dans la société. Cette importance nous la mesurons au moyen de variables de nature différente : le volume des dépenses de santé dans le PIB, celui des équipements, les représentations relatives à la santé exprimées en termes de consommation médicale. Ces faits sociaux pourraient étayer la thèse fonctionnaliste suivant laquelle « c'est d'abord la maladie qui nous empêche de nous acquitter de nos rôles sociaux (...). La société a un intérêt fonctionnel à ce que ses membres soient en bonne santé »²⁸.

Ces facteurs font-ils de « la thérapie un phénomène social global »²⁹ ? Pour une part seulement car la place de l'institution thérapeutique ne résulte pas seulement d'indicateurs matériels et il faut aussi prendre en compte sa capacité à produire du sens en se montrant à même de « régler la vie individuelle et ordonner la vie sociale »³⁰. D'après ce registre d'interprétation, il convient de s'interroger sur les formes que prennent les pratiques sociales découlant des interprétations que les agents donnent de la thérapie en tant que langage social. Que signifie-t-elle lorsqu'elle ne porte pas sur la santé ou la maladie ?

Il faut ensuite envisager une réflexion sur la position de la profession médicale par rapport à cette institution. Dans un premier temps, on peut lire la composition sociale de cette institution comme un univers segmenté³¹ auquel il faut rapporter le rôle de médecin car « aucun travail n'est complètement intelligible si on ne le rapporte pas à la matrice sociale dans laquelle il existe ou au système social dont il fait partie. »³² La profession médicale, elle-

²⁷ J. Lagroye, art. cité, p. 8.

²⁸ T. Parsons, *op. cit.*, p. 213.

²⁹ P. Berger, T. Luckmann, *La construction sociale de la réalité*, Paris, Méridiens Klincksieck, 1986, p. 119.

³⁰ P. Guillaume *Le rôle social du médecin depuis deux siècles*, Paris, Association pour l'étude de la sécurité sociale, 1996, p. 261.

³¹ Suivant la thèse développée par Anselm Strauss dans *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, 1992.

³² E. C. Hughes, *Le regard sociologique, op. cit.*, p. 66.

même de plus en plus hétérogène³³, se retrouve dans un univers de plus en plus dense et complexe. Notre hypothèse est que la profession médicale occupe une position sociale³⁴ dans la société française parce qu'elle s'est toujours située dans un rapport d'incarnation métonymique dans sa représentation de l'institution thérapeutique. À cette position sociale correspond « un ensemble (pas nécessairement défini de façon précise) de prérogatives et d'obligations » qui explique la variété des rôles assumés par des médecins à des titres divers. Si « ces prérogatives et obligations constituent des prescriptions de rôles associées à cette position », ne faudrait-il pas associer une compétence à la position attribuée ?

La complexité de cette position sociale implique une pluralité de lectures parce qu'il paraît difficile d'en confondre les éléments. Comment dissocier néanmoins la représentation de l'institution avec la présence de la profession médicale au croisement d'une diversité de perspectives dans l'univers social de la santé ? Peut-on ignorer la contiguïté du langage social de la thérapie et du langage de l'institution médicale ?

L'identité attribuée à un médecin en raison de son appartenance professionnelle se compose d'éléments personnels et impersonnels.

Pour une élection locale, ils ne sont pas toujours suffisants. Mais nous revenons ici à la perspective générale dont nous avons parlé plus haut. Les conditions d'accès aux mandats locaux ne sont pas uniformes. C'est la raison pour laquelle nous avons formulé l'hypothèse suivant laquelle l'identité électorale des médecins se lit à partir d'une diversité d'espaces de reconnaissance qu'il convient d'identifier pour comprendre les trajectoires électives suivies par les médecins élus locaux.

Ainsi pour les situations électorales où l'éligibilité des candidats est nettement associée à leur affiliation partisane, c'est le jeu entre la reconnaissance des partis et la personnalité du médecin qui pourra être apprécié. Il en est de même pour l'étude des trajectoires de cumul de mandats locaux avec ou sans mandats nationaux. Une lecture par l'identité ne doit pas conduire à négliger le fait que la reconnaissance des médecins, en divers contextes, s'établit également sur la base d'une représentation de la sédimentation de leur agir. Les contextes de reconnaissance posent la question de l'agir mais pas forcément de la même façon.

Ainsi la situation électorale paraît significative par le fait qu'elle fonde la décision des électeurs sur la perception de l'identité des candidats et sur la qualification de leur agir. La compétence est la catégorie par laquelle se mesure la capacité de chaque candidat à intervenir

³³ CERMES, C. Herzlich, M. Bungener, G. Paicheler, M-C. Zuber, *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français (1930-1980)*, Paris, INSERM-Doin, 1993.

³⁴ Nous adoptons la définition proposée par Anthony Giddens, « une intersection particulière de signification, de domination et de légitimation qui a des liens avec la catégorisation des agents ».

au sein des institutions locales sur la base des positions qui leur sont attribuées à la suite de l'élection.

Quand les candidats à une élection affichent un « bilan » ou se réclament d'un « projet », ils présentent aux électeurs, peut être de façon implicite, un état de leur compétence reconnu ou anticipé qui correspond à leur insertion, possible ou effective, dans la capacité des institutions locales « à produire des résultats »³⁵. La conception du pouvoir politique local adoptée ici est adjacente à celle qui insiste sur la domination mais elle privilégie le concept d'agir³⁶ dans la mesure où « l'action engage le pouvoir en tant que capacité transformatrice »³⁷. Elle s'établit dans la continuité de celle développée par Michel Foucault suivant laquelle le pouvoir n'a pas pour « fonction primitive, essentielle et permanente » d'énoncer des règles et des lois mais de produire « une efficience, une aptitude, un produit »³⁸.

Cette conception du pouvoir facilite la distinction entre les modalités d'accès à la représentation politique locale, et la qualification de l'agir public local. Elle incite à s'interroger sur les contradictions qui peuvent apparaître dans le cadre de l'élection. Ainsi, les médecins vont rencontrer, à un moment ou à un autre, la nécessité d'une reconnaissance de l'espace partisan. Participant à l'agir public local, ils sont confrontés à un univers institutionnel dont les normes laissent peu de place à la conflictualité partisane.

Nous avons choisi de partir de la situation électorale parce qu'à travers la décision des électeurs nous pouvons saisir ce lien particulier entre des identités individuelles et l'agir pour lequel elles demandent à être choisies. Mais pour que cette opération puisse se réaliser, il faut que les électeurs établissent une mise en équivalence entre l'identité des candidats et l'agir développé par les institutions locales. Dans ce contexte, il est possible que la compétence, en tant que catégorie analytique, trouve un certain nombre d'applications. Elle permet d'exprimer ce que les électeurs savent à propos des différentes composantes du contexte électoral qui détermine l'opération de mise en équivalence. Elle rend compte de l'engagement de l' élu dans l'agir public relativement à ce qui est attendu de sa position. Les contextes institutionnels définissent l'espace de compétence accordé aux acteurs mais ils ne rendent pas totalement compte de l'étendue de l'agir mis en œuvre par ceux-ci.

³⁵ A. Giddens, *op. cit.*, p. 318.

³⁶ Notre choix de recherche est influencé par la perspective définie par Hans Joas, dans *La créativité de l'agir*, Paris, Cerf, 1999.

³⁷ A. Giddens, *op. cit.*, p. 63.

³⁸ *Dits et Ecrits*, 4 tomes, Paris, Gallimard, 1994, p. 187-190.

Ils présentent les limites de toute présentation formelle et ne peuvent pas rendre compte de la concurrence qui peut exister, dans certains d'entre eux, entre les différents acteurs de l'agir public local, élus et cadres territoriaux notamment. De plus, ils ne renseignent pas sur les qualifications de la compétence d'élu, implicitement contenues dans la construction des systèmes de légitimation de l'agir public local.

La catégorie compétence contribue à la compréhension de l'articulation entre l'univers professionnel des médecins et celui de l'agir public local dans lequel ils se trouvent impliqués quand ils sont élus.

Les termes d'un engagement de thèse.

Avant de présenter l'argumentation problématique qui constitue l'armature de notre réflexion, il n'est pas inutile de préciser ce que nous entendons par engagement de thèse. Par ce principe, nous signifions qu'il existe un domaine d'interactions entre la constitution d'une problématique de recherche et la définition d'une posture. L'une et l'autre ne peuvent être conçues séparément. La construction d'une problématique conduit à un essai de clarification des catégories utilisées, l'étude de ces dernières renvoie à des lieux à partir desquels se construisent des lectures.

L'affinement de la problématique et la clarification de la posture vont de pair.

La constitution de notre problématique de thèse nous engage à délimiter son objet à partir d'une démarche incluant une réflexion sur les catégories utilisées pour rendre compte de la réalité observée et sur les lectures que nous pouvons donner de cette réalité. L'enquête sur les élections municipales et cantonales donne des résultats délicats à interpréter. Les médecins élus représentent une part peu importante des élus municipaux alors qu'ils sont quantitativement très présents au sein des conseils généraux. Est-ce un effet du scrutin uninominal ? Peut-être, mais il s'applique selon des propriétés contextuelles variables dans le temps et l'espace. Le pourcentage des médecins conseillers généraux est assez régulier alors que les propriétés du cadre d'expérience politique local changent. Il convient donc de déterminer un système d'interprétation permettant d'expliquer cette réalité. Notre questionnement principal porte sur le point de savoir comment peut être lue l'articulation entre l'univers des médecins et celui de la représentation politique locale. Le postulat interprétatif sur lequel est bâtie notre réflexion considère que la situation électorale permet de comprendre cette articulation parce qu'elle est le cadre dans lequel les électeurs ont à s'exprimer sur des identités et une compétence des candidats à participer à l'agir public local.

L'étude des relations existant entre des membres de la profession médicale et la représentation politique locale requiert une interrogation initiale sur le bien-fondé d'une représentation qui privilégie le caractère homogène du corps médical. Quels sont les traits de l'identité collective qui peuvent rejaillir sur l'éligibilité d'un médecin ? Quelles relations peuvent-êtré établies entre l'identité attribuée à la profession médicale et un univers social qui s'actualise de différentes façons ? Comment ignorer ce qui s'est construit autour de la lutte contre la maladie et pour la préservation de la santé avec l'intervention permanente de la profession médicale ? Plus précisément, n'est-il pas nécessaire de s'interroger sur l'existence éventuelle d'un effet de tropisme conduisant à étudier des acteurs en sous-estimant l'univers auquel ils nous renvoient ?

Il convient alors de trouver la catégorisation pertinente qui nous permet d'analyser ces relations.

Pour autant, l'identité électorale des médecins ne se construit pas uniquement sur les effets de leur appartenance à la profession médicale. Elle se forme par une présence sociale actualisée par l'exercice du rôle professionnel.

Si nous soutenons dans le chapitre 1 qu'il ne peut exister de modèle général d'interprétation de ce rôle parce qu'il se réalise dans une diversité de contextes d'exercice et de représentations nous devons bien admettre qu'il existe une variété des modes d'actualisation de la présence sociale des médecins dans l'espace local. Par l'exercice du métier de médecin, c'est la personnalité du praticien qui se révèle. Dans toute situation électorale, il y a également une part d'identité individuelle. Il existe aussi des éléments qui peuvent atténuer ce facteur d'individuation. Comment rendre compte de cette réalité ?

Nous tenterons de répondre en nous appuyant sur la notion d'espace de reconnaissance qui est applicable autant dans le champ professionnel que dans le cadre politique.

Dans un troisième bloc de questionnement, nous nous demanderons quelles sont les relations repérables dans l'articulation entre la profession médicale et l'agir public local lorsque nous ne raisonnons plus en terme d'identité mais d'ensemble de pratiques. Si dans une situation électorale, les électeurs établissent une correspondance entre ce qu'ils attendent des institutions et l'identité des candidats qui leur sont proposés, ils le font par le biais de la compétence attribuée aux unes et aux autres. L'accession aux positions électives, qu'elle se juge à l'entrée des institutions locales ou dans leur fonctionnement interne, repose toujours sur des processus de reconnaissance de compétence. Partant de ce cadre d'analyse, nous devons admettre que les contextes institutionnels varient dans le temps et dans l'espace. L'appréciation de la compétence est donc étroitement liée aux situations dans lesquelles elle

se produit. Comment traiter de l'engagement des médecins dans l'agir public local à partir d'une hétérogénéité de trajectoires électives qui conduisent à participer à des contextes divers et variés ? Notre constat de départ est qu'il existe dans l'espace local un secteur institutionnel avec lequel le corps médical semble entretenir une relation singulière à l'image de ce qui se passe à l'échelon national. Les termes dans lesquels s'établit une continuité entre la compétence des médecins élus locaux et ce secteur demeurent-ils invariants à travers le temps ? Il convient alors de s'interroger sur les variations du cadre d'expérience accueillant cette continuité. Les médecins qui investissent l'agir public local ne le font-ils que dans ce secteur ? L'observation des positions occupées par eux au sein des institutions politiques locales invite à élargir notre perspective au-delà de l'hypothèse évoquée précédemment.

Nous essaierons de répondre à ces questions à partir des deux ensembles suivant :

Dans une première partie, nous montrerons que l'identité électorale des médecins élus locaux est constituée de facteurs individuels et supra-individuels. Ainsi l'appartenance professionnelle est considérée comme un de ses déterminants parce qu'elle se traduit en un rôle qui permet la reconnaissance d'une personnalité dans l'espace local. Simultanément, elle exprime le rapport entre la profession médicale et l'univers social construit autour du langage médical. Chaque médecin incarne la position sociale de la profession médicale.

Les propriétés de la situation électorale confirment cette partition. Suivant la nature des contextes, l'identité électorale peut se limiter à une représentation individuée ou se constituer à partir de plusieurs espaces de reconnaissance.

La deuxième partie, fondée sur l'hypothèse suivant laquelle la désignation des électeurs induit la mise en équivalence implicite entre la compétence attribuée aux médecins et celle attendue des élus locaux, aura pour objet d'étudier les modalités suivant lesquelles les médecins s'insèrent dans l'agir public local. La réflexion sur les résultats du travail d'enquête conduit à proposer deux lectures : avec la première, nous vérifierons qu'il est possible d'expliquer cette insertion par une continuité des compétences dont nous préciserons la portée mais aussi les limites ; par la seconde, nous mesurerons que cette insertion ne s'effectue pas seulement sur un critère de spécialisation mais qu'elle a des propriétés qui sont celles de tous les élus locaux. En accédant à des positions électives les médecins doivent adopter les perspectives et les rôles associés à ces positions.

Présentation de l'enquête de terrain.

L'enquête repose sur deux ensembles d'éléments.

Le premier est constitué d'une série d'entretiens réalisés exclusivement auprès de médecins élus municipaux et cantonaux girondins entre 1992 et 1994. Chaque questionnaire était envoyé avant les rencontres. Son contenu est présenté en annexes.

Le deuxième est composé des résultats des recherches sur les élections municipales et cantonales entre 1959 et 1989. Tous les tableaux des conseils municipaux n'étant pas disponibles seul le département de la Gironde est complet. Pour les élections cantonales, l'étude commence en 1961 pour se terminer en 1988. L'enquête aux archives départementales a été complétée par une utilisation des données publiées dans le journal Sud Ouest.

PREMIÈRE PARTIE

L'ÉLIGIBILITÉ DES MÉDECINS ENTRE APPARTENANCE PROFESSIONNELLE ET ESPACES DE RECONNAISSANCE

Afin de saisir les éléments qui structurent l'articulation entre le monde de la médecine et celui de la représentation politique locale, nous reprendrons une de nos hypothèses de travail. Pour qu'il y ait des médecins élus locaux, il faut un contexte d'élection dans lequel des électeurs ont à s'exprimer sur l'identité des candidats et sur leur aptitude à participer à l'agir public local. Partant de là seront abordées les questions qui se posent à propos de l'identité des médecins dans une élection locale.

L'identité des médecins élus locaux est étudiée ici, du point de vue de sa genèse interne, comme le résultat d'un processus de constitution d'une présence sociale. Entrent dans cette analyse les facteurs professionnels et sociaux susceptibles d'y intervenir plus ou moins directement. La première question posée par l'enquête de terrain porte sur le point de savoir si une perspective de généralité conduisant à parler des « médecins élus locaux » comme d'une réalité homogène conserve sa pertinence. La deuxième, liée à la précédente, invite à se demander si la dimension temporelle de notre étude des élections locales, entre 1959 et 1989, n'impose pas une prise en compte des changements qui affectent les conditions de production de cette présence sociale et les propriétés des contextes électifs locaux.

L'élection constitue un cadre d'expérience politique en évolution à l'intérieur duquel viennent se positionner des identités sociales qui ne sont pas totalement fixées dans le temps.

L'adoption de ce cadre analytique est le résultat de la réflexion qu'a suscité l'observation d'une réalité hétérogène à plusieurs titres. La réalité sociale de la profession médicale n'est pas uniforme dans l'espace local. Par exemple, il est de plus en plus rare de trouver un seul médecin généraliste dans une commune rurale ; les médecins spécialistes sont plus nombreux parmi les élus municipaux qu'ils ne l'étaient il y a trente ans.

De plus, il faut se référer à des contextes extrêmement variés pour étudier des trajectoires électives qui vont de la plus simple à la plus complexe : conseillers municipaux, maires, mandat rural ou mandat urbain, cumul ou pas.

En présence de cette réalité, nous devons aussi tenir compte du fait que les travaux de science politique étudiant la profession médicale ou l'évoquant de façon incidente, s'appuient assez souvent sur la catégorisation notabiliaire. Il convient donc de s'interroger sur cette lecture pour savoir ce qu'elle peut apporter à notre recherche. Ne formule-t-elle pas un postulat implicite d'homogénéité là où il faudrait plutôt voir de la différenciation ? Etablit-elle une distinction suffisante entre ce qui relève de la reconnaissance des identités et ce qui ressortit de la participation à l'agir public local ?

Le postulat initial de cette thèse est de séparer analytiquement ces deux questions.

L'identité électorale des médecins élus locaux est complexe à plusieurs titres. Elle est constituée de facteurs individuels et supra-individuels. La personnalité du candidat existe à côté de propriétés attribuables à d'autres acteurs. L'étiquette partisane adoptée par un candidat lors d'une élection locale relève du second ensemble. L'identité sociale qui peut être partiellement convertie en éligibilité résulte de sa personnalité et de ses engagements sociaux au plan local. Pour les médecins élus locaux, notre hypothèse est que l'appartenance professionnelle introduit une part de supra individuel dans la perception individuée de leur candidature alors qu'elle entretient la mise en valeur de la personnalité. C'est la complexité de cette construction qu'il convient d'explorer.

En même temps, il importe de situer cette question dans une pluralité de contextes électoraux où les modalités de reconnaissance des candidats varient suivant les propriétés de chaque contexte. Comment lire la reconnaissance des identités sociales dans cette pluralité de contextes ? Quelles sont les relations entre la reconnaissance de l'identité des médecins et les modalités de reconnaissance propres aux situations électorales ? Quels positionnements les médecins candidats à une élection locale adoptent-ils dans ces contextes ?

Pour répondre aux différents éléments de ce questionnement, nous décomposerons notre démarche en deux étapes.

Dans le chapitre 1, nous montrerons que si l'appartenance professionnelle des médecins permet de singulariser leur identité électorale, cette contribution est pour le moins ambiguë. D'un côté elle explique la reconnaissance d'une personnalité par l'exercice d'un rôle professionnel. La reconnaissance n'est possible que par la mesure de la compétence exprimée par le médecin dans l'exercice de son rôle. Or les contextes d'exercice professionnel sont variables ainsi que les attentes des patients. Les conditions de reconnaissance des personnalités de médecin ne sont pas uniformes. Ceci explique notre souci de relativiser l'importance d'une représentation typifiée du rôle de médecin.

L'appartenance professionnelle associe des éléments supra-individuels à l'identité électorale du médecin parce qu'il bénéficie du patrimoine symbolique de la profession. Celui-ci est un élément d'une position sociale dont il convient de déterminer les principaux constituants.

Dans le chapitre 2, nous montrerons que cette appartenance professionnelle permet l'affirmation d'une identité électorale individuée des médecins. Celle-ci ne repose pas seulement sur l'espace de reconnaissance ouvert par le rôle professionnel, qui peut s'effectuer selon différentes modalités, elle découle aussi des rôles sociaux tenus par des médecins. La présence sociale au sein de plusieurs espaces de reconnaissance contribue à l'éligibilité des médecins. Cependant, il existe des contextes où la reconnaissance des candidats repose sur des facteurs se référant à une identité collective, comme cela est le cas avec l'univers partisan. Nous tenterons de montrer que dans cette configuration les médecins restent fortement attachés à la dimension individuée de leur identité électorale.

CHAPITRE 1

LES EFFETS DE L'APPARTENANCE PROFESSIONNELLE SUR L'ÉLIGIBILITÉ DES MÉDECINS

Un premier regard sur la population qui constitue une partie de notre objet de recherche suscite quelques réflexions préliminaires. Nous nous proposons d'étudier les médecins élus locaux sur une période qui va du début de la cinquième république à la fin du vingtième siècle. Notre enquête sur les résultats des élections locales s'arrête en 1989. Cela fait une séquence temporelle relativement courte dans l'échelle du temps historique. Tant du point de vue de la profession médicale que de celui de la vie politique locale, des changements importants sont intervenus.

Comme il a été indiqué dès l'introduction de la thèse, l'assimilation des médecins à la catégorisation notabiliaire constitue un point sur lequel il convient de s'interroger. Avec cette conception, le corps médical est désigné à travers une empreinte symbolique où il est possible de déceler deux éléments. Le premier, se présente sous la forme d'une typification qui laisse croire qu'il serait possible de présenter la profession médicale au moyen d'un modèle censé en rendre compte de façon pertinente. Or ce postulat paraît discutable du seul point de vue du changement qui accompagne le temps historique et la variabilité des situations électorales. Nous en ferons une source de questionnement.

Le deuxième élément, réside dans la conception sous-tendue par l'assimilation de la profession médicale à cette catégorisation. L'empreinte symbolique se décline, ici, en une éligibilité naturelle des médecins. L'articulation entre univers médical et vie politique locale s'exprime dans le fait que les médecins ont plus de chances d'être élus que d'autres candidats parce qu'ils sont médecins. De plus, elle semble avancer l'hypothèse supplémentaire d'une continuité / complémentarité entre les deux univers. Le questionnement qui peut être produit doit porter sur la vérification empirique et la lecture de cette hypothèse.

Pour ces raisons, il est apparu nécessaire d'entreprendre une lecture critique et topique de cette assimilation de façon à clarifier les registres d'analyse auxquels elle nous renvoie.

Si nous n'acceptons pas de réduire notre représentation de la profession médicale à un modèle général, comment rendre compte de la diversité rencontrée ? Quelle catégorie permet d'exprimer ce qui est commun et singulier à la fois ?

Il ne semble pas pertinent de nier qu'il existe des éléments qui justifient partiellement une représentation typifiée du rôle de médecin. La voie la plus prudente réside dans l'établissement d'une réflexion maintenant le caractère ambivalent de ce rôle : rendre compte de ce qui peut l'exprimer en terme de généralité tout en y associant une très grande diversité. Par exemple, il est possible d'évoquer la profession médicale à partir du titre de docteur en médecine qui possède la double nature de titre universitaire et de diplôme professionnel. Mais, s'il renseigne sur les conditions institutionnelles d'exercice de l'activité professionnelle, il ne dit pas tout sur la compétence mise en œuvre par les médecins dans leur activité concrète et quotidienne. Or, en se proposant d'étudier les modalités suivant lesquelles se constitue l'éligibilité du médecin, il faut réfléchir sur ce qui rend possible la structuration de sa présence sociale, c'est à dire sa participation à des situations de co-présence qui ponctuent les déplacements du médecin dans l'espace local. La personnalité du médecin n'est pas mise en valeur selon des modalités et dans des contextes uniformes.

Lorsqu'on évoque le corps médical ou la profession médicale, on insiste sur une représentation homogénéisante de ce groupe professionnel que l'on retrouve dans les différentes formes de typification présentes dans l'assimilation des médecins à la catégorisation notabiliaire. Cela signifie que notre recherche ne peut esquiver la présence d'une hypothèse idéal-typique concernant la représentation qu'il est possible d'avoir de la profession médicale. Plus précisément, nous essaierons de mettre en valeur le caractère idéal-typique de certains éléments de cette représentation tout en sachant que ceux-ci ne résument pas la représentation que nous pouvons avoir du corps médical. Le caractère idéal-typique du rôle de médecin découle plutôt de la relation permanente entre une définition codifiée du rôle, objectivant le rapport de représentation qui lie les médecins à l'institution thérapeutique et la construction sociale de ce rôle qui passe par une redéfinition de la compétence des agents intervenant dans les situations de co-présence où ce rôle est exercé. Le concept de rôle demande d'adopter un point de vue intégrant l'objectivation et la construction intersubjective. Par exemple, en considérant qu'un rôle se définit aussi sur la notion « d'attentes », on peut penser que les attentes exprimées à propos du rôle de médecin ne se limitent pas à celles correspondant aux prescriptions codifiées de ce rôle. Il s'agit d'un rôle professionnel somme toutes assez ambivalent, codifié et objet de redéfinition partielle. Pour ces raisons, il convient de s'interroger sur les représentations relatives au rôle de médecin, celle du « médecin de

famille » ou du « mandarin ». À partir de cette conception du rôle, il est possible de comprendre la diversité des modalités suivant lesquelles les médecins vont constituer une présence sociale : chaque modalité ouvre sur un espace de reconnaissance parce qu'il permet à un médecin de faire connaître sa compétence.

Mais si le concept de rôle autorise une bonne compréhension de l'éligibilité des médecins élus locaux, il reste insuffisant sur deux points : peut-on dissocier une analyse de la légitimité de la profession médicale de l'univers auquel elle nous renvoie ? Nous avons utilisé provisoirement le terme d'univers pour désigner un ensemble complexe qui désigne autant des manifestations symboliques que des réalités matérielles. L'importance de l'institution médicale en France est mesurable à partir de plusieurs indicateurs : la part de ce secteur dans l'économie, la complexité du système institutionnel et des intérêts qui s'y affrontent. Ce que l'on désigne par « médicalisation de la société » est une construction sociale¹ qui ne se limite pas aux représentations individuelles et collectives à propos de la santé. De plus, il existe des contextes où des médecins s'engagent sur la base de leur légitimité médicale dans des actions dont la portée est plus large que l'intention thérapeutique. Il arrive parfois que d'autres acteurs adoptent le langage médical suivant une perspective qui leur est propre. Ce qui peut laisser penser parfois que « la santé publique est l'un des langages du social d'aujourd'hui. »² L'identification de cet univers paraît tout aussi nécessaire que celle du lien qui peut exister entre la profession médicale et lui. Donc si le rôle de médecin est un des « moyens par lesquels cet univers devient subjectivement réel pour les individus »³, il convient de faire la différence entre ceux qui incarnent et ce qui est incarné mais pour cela il ne faut pas se limiter à une option de recherche centrée sur les acteurs et leurs rôles.

Pour identifier les effets de l'appartenance professionnelle sur l'éligibilité des médecins nous devons relier le rôle professionnel à la position sociale occupée par la profession médicale dans la société française.

Pour cela, il convient de montrer les limites d'une conception typifiée de ce rôle que l'on retrouve dans la catégorisation notabiliaire.

Car la diversité des modes d'actualisation de ce rôle contribue à marquer d'hétérogénéité l'identité de la profession médicale.

¹ D. Fassin, « Les politiques de médicalisation », dans P. Aïach, D. Delanoë (dir.), *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos Economica, 1998, p. 5.

² D. Fassin, *Les figures urbaines de la santé publique*, Paris, La Découverte, 1998, p. 14.

³ P. Berger, T. Luckmann, *op. cit.*, p. 110.

Nous montrerons que cette identité s'exprime par une position sociale à laquelle est associée une perspective. De cette position, et au moyen de cette perspective, des médecins peuvent développer des rôles les conduisant à participer à des cadres d'expérience de nature politique.

1. UNE REPRÉSENTATION TYPIFIÉE : L'ASSIMILATION DES MÉDECINS À LA CATÉGORISATION NOTABILIAIRE

Une réflexion sur la catégorisation notabiliaire des médecins s'impose pour au moins deux séries de raisons. D'une part, c'est une grille d'analyse qui domine une bonne partie de la période qui constitue le cadre temporel de notre étude en prolongeant ce qui avait été dit sur la question durant les décennies antérieures. D'autre part, cette grille d'analyse est entrée dans le sens commun sous la forme de représentations fractionnées évoquant parfois la nature sociale des propriétés attribuées, parfois leur nature politique. Au cours des entretiens, les médecins ont souvent fait référence à l'image du notable soit pour en constater le déclin ou au contraire la survivance.

L'assimilation des médecins à la catégorisation notabiliaire traduit les effets de l'empreinte symbolique qui marque la profession médicale. La première interprétation qu'induit l'ensemble de définitions « notabilité, notabilisation, notable » proposé par Jacques Lagroye conduit à discerner les relations entre une succession d'états et de processus. La notabilité sociale qui résulte de l'appartenance à la profession médicale est un état qui se stabilise et se renforce quotidiennement, raison pour laquelle l'omnipraticien apparaît souvent comme « l'une des incarnations les plus représentatives de ces notables locaux à qui leur enracinement facilite grandement l'accès à une carrière politique. »⁴

La notabilisation concerne tout autant la notabilité sociale que la notabilité politique, elle peut aussi être considérée comme un processus ou un état final. La seconde lecture que suscitent ces notions concerne l'articulation entre les propriétés sociales attribuées aux médecins et leur accession aux mandats électifs locaux. Or cette articulation est le plus souvent présentée comme une évidence. Il semble exister un lien quasi-logique entre la notabilité sociale résultant de l'appartenance à la profession médicale et l'accession à la notabilité politique. La question qui se pose est donc de savoir si la catégorisation notabiliaire peut rendre compte de

⁴ P. Guillaume, *op. cit.*, p. 260.

façon pertinente de la traduction d'une légitimité sociale en possibilités d'action dans l'espace politique.

1.1 Les éléments empiriques de construction d'une évidence

Comme l'atteste une partie des travaux de science politique évoquant l'origine sociale des élus locaux, la présence des médecins parmi ces derniers est caractérisée par un phénomène de « sur-représentation » que ce soit à partir d'une distinction de la profession ou au moyen de la catégorisation intermédiaire des professions libérales.

Ainsi, dans l'étude qu'elle réalise sur la base des résultats des élections municipales de 1965, J. Verdès-Leroux⁵ constate que « les médecins constituent la catégorie la plus représentée (275) » dans l'ensemble des maires des communes de plus de 2000 habitants, et qu'à ce titre il a été nécessaire de constituer une catégorie particulière pour rendre compte de la singularité du phénomène. Comparant le pourcentage de la profession médicale dans la population active française totale à celui des médecins maires par rapport à l'ensemble des maires des communes de plus de 2000 habitants, l'auteur en conclut une « sur-représentation » de la profession médicale. On retrouve cette tendance dans les enquêtes sur les conseillers généraux. Notre étude sur les résultats aux élections cantonales de 1961 à 1988 dans les départements d'Aquitaine confirme le fait que les médecins sont présents, de façon constante, dans une proportion comprise entre 10 et 30 % au sein des conseils généraux. Sur la base d'une enquête réalisée en 1985-86, auprès des conseillers généraux de la région Midi-Pyrénées, J.Y Nevers propose un indice de 16 % pour les médecins⁶. Toutefois, le lien entre la catégorisation notabiliaire des médecins et leur « sur-représentation » relative est assuré le plus souvent à travers une catégorisation intermédiaire qui n'a pas toujours les mêmes caractéristiques. La plupart du temps, la « sur-représentation » des médecins est perçue à travers celle des professions libérales⁷. Ainsi, une recherche portant sur les élections municipales dans quatre départements languedociens entre 1971 et 1989, conclut que les professions libérales représentent entre 4 et 6 % des nouveaux maires⁸. À l'occasion d'une étude sur le personnel politique en Meurthe-et-Moselle, E. Criqui note que « en 1951, les

⁵ J. Verdès-Leroux, « Etudes sur les maires des communes de plus de 2000 habitants », *RFSP*, XX (5), octobre 1970, p 974-990. Étude portant sur les 3027 maires des communes de plus de 2000 habitants.

⁶ Congrès de l'A.F.S.P, 5-8 octobre 1988, table ronde sur les élites locales.

⁷ J. Verdès-Leroux, *ibidem*.

professions libérales représentent près du tiers des candidatures aux élections cantonales. Cette même année toujours, après le renouvellement des 7 et 14 octobre, elles regroupent à elles seules 14 des 29 sièges de l'assemblée départementale (dont 7 médecins, 3 avocats et 2 notaires). »⁹

Cependant, l'appartenance des médecins aux professions libérales peut aussi induire une catégorisation sensiblement différente. Il peut être fait référence à la « domination des professions *intellectuelles* (professions libérales, enseignants, cadres du secteur privé) qui détiennent plus de la moitié des sièges... »¹⁰. On peut aussi être conduit à constater que « ...respectivement 23 % (petites villes du Nord) et 28 % (France) des maires exercent une profession libérale du droit ou de la santé, tandis que ces professions ne représentent que 0,7 % de la population... Au total, 4 % d'intellectuels sont représentés par 40 % des maires. »¹¹ La logique de catégorisation utilisée ici est comparable à celle proposée par J. Pincemin et A. Laugier en 1959¹² même si ces auteurs soulignent les liens existant entre la profession médicale et l'émergence du mouvement des classes moyennes au début des années cinquante. La pluralité des critères de catégorisation permettant de rendre compte de la place de la profession médicale dans la société française pose des questions que nous aborderons un peu plus loin.

Il semble que la thèse de la « sur-représentation » des médecins peut être nuancée pour plusieurs raisons. En premier lieu, pour des raisons d'ordre factuel. Ainsi, en considérant l'analyse de J. Verdès-Leroux, nous constatons que sur les 3027 maires des communes de plus de 2000 habitants 275 sont médecins ou chirurgiens c'est à dire un peu moins de 10 %. S'appuyant sur le fait que ces communes représentent 70 % de la population française et que les médecins, en tant que groupe professionnel, ne représentent que 0,7 % de la population active nationale, l'étude aboutit au constat de la sur-représentation des médecins. Sans vouloir nier la réalité d'une tendance, un certain nombre d'éléments peut en nuancer la portée. Premièrement, en établissant une comparaison entre le pourcentage de médecins maires des communes de plus de 2000 habitants et celui de la profession médicale dans la société française, on néglige le fait que la densité médicale était plus élevée dans ces communes que dans l'ensemble du territoire. Pour illustrer notre argument, nous reprendrons des données

⁸ M-F. Souchon-Zahn, « Les nouveaux maires des petites communes. Quelques éléments d'évolution (1971-1989) », *RFSP*, 1991, n°1.

⁹ E. Criqui, *Le personnel politique local*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy, 1986, p. 72-73.

¹⁰ A. Mabileau, « Les élections cantonales de 1982 », *Annuaire des collectivités locales*, 1983, p. 30-40.

¹¹ J. Becquart – Leclercq, « Légitimité et pouvoir local », Paris, *RFSP*, 1977, p. 250.

¹² L'article de J. Pincemin et A. Laugier est inclus dans un dossier intitulé, « Les intellectuels dans la société française contemporaine. Les médecins », *RFSP*, n°4, décembre 1959.

relatives à l'année 1968¹³. 12 % de la population médicale exerce dans les communes rurales qui accueillent 34,6 % de la population totale. 88 % des médecins exercent dans les communes urbaines, et 84 % dans les communes de plus de 5000 habitants. Pour l'agglomération bordelaise, toujours en 1968, 72 % des médecins du département exercent dans cet ensemble urbain, alors que celui-ci accueille 50 % de la population de ce département. La densité médicale est donc plus importante dans les communes de plus de 2000 habitants que sur l'ensemble du territoire. Si l'on considère que le nombre de médecins a été multiplié par trois entre 1959 et 1989, cette progression de la densité médicale s'est effectuée des communes les plus urbanisées vers celles qui l'étaient le moins. D'autre part, il ne faut pas sous-estimer le fait que parmi ses communes de plus de 2000 habitants, un certain nombre avait des structures hospitalières et que cela a eu un effet de contexte assez fort¹⁴. La présence de l'hôpital peut susciter une augmentation de la densité médicale, elle peut aussi inciter les médecins à s'engager dans la conquête du mandat de maire dans la mesure où ce dernier est aussi le président du conseil d'administration de la structure hospitalière et qu'à ce titre le pouvoir d'élu n'est pas sans conséquence sur le domaine professionnel. Pour un généraliste, assurer un service de consultation à l'hôpital c'est ajouter une dimension à sa présence sociale. De plus, il n'est pas interdit de penser que les électeurs expriment leur perception du statut singulier de l'hôpital dans l'espace local à travers la désignation d'un médecin. Notons que dans les communes girondines possédant des structures hospitalières, beaucoup ont été ou sont dirigées par des médecins ou des cadres hospitaliers : Arcachon, Bazas, Cadillac, Langon, La Réole, La Teste, Lesparre, Sainte-Foy-la-Grande. Il y a là un effet de contexte que nous tenterons d'analyser de façon plus approfondie dans le chapitre 2. De plus, si l'on rapporte le pourcentage des médecins élus municipaux à celui des médecins dans la population active, on constate que l'écart est relativement peu important, les médecins conseillers municipaux constituent entre 1 et 3 % de l'ensemble des conseillers municipaux, et entre 3 et 5 % de l'ensemble des maires¹⁵.

En choisissant d'étudier les communes de plus de 2000 habitants ou celles de plus de 2500 habitants, la probabilité de rencontrer des médecins élus est plus grande, et il ne faut pas s'étonner de rencontrer des notables lorsqu'on choisit l'espace d'observation le plus propice au développement de ce phénomène.

¹³ Documents C.NA.MTS, *Les personnels sanitaires et sociaux*, Tableau 6. 17, p. 143.

¹⁴ C'est un point que nous développerons dans le chapitre 2.

¹⁵ Voir annexe 5.

La notion de « sur-représentation » nous interpelle sur plusieurs points. En insistant sur la « sur-représentation » des professions libérales parmi les maires ou les conseillers généraux, nous courons le risque de développer une théorie implicite de la démocratie représentative suivant laquelle la composition sociale de la représentation politique doit être une reproduction de la distribution des catégories sociales de la société. En raisonnant ainsi, on soutient implicitement que cette composition s'indexe sur les catégorisations légitimes de la stratification sociale. Le monde des élus puiserait une partie de sa légitimité dans sa faculté à renvoyer à la société une image d'elle-même. De sorte que cette notion de « sur-représentation » de la profession médicale ou des professions libérales, nous renvoie à une interrogation sur les relations entre la légitimité de la représentation et sa composition sociale. Cela signifie aussi que l'on relativise la place des autres facteurs intervenant dans la désignation des représentants. La légitimité de la démocratie représentative est alors reliée à sa capacité à intégrer les groupes d'attribut reconnus légitimes. Or l'existence de ces groupes d'attribut repose sur une entreprise de catégorisation qui tend à se substituer à une « dichotomisation » de la société en termes de dominants et de dominés. Pour ce qui est des médecins, cette entreprise de catégorisation n'est pas toujours homogène. Tantôt, ils apparaissent comme des « intellectuels »¹⁶, tantôt ils sont considérés comme appartenant aux classes moyennes dans le contexte particulier des années 50¹⁷.

L'appartenance des médecins aux professions libérales doit être prise avec un certain nombre de précautions. Tous les médecins n'exercent pas à titre libéral. Par exemple, au 1^{er} janvier 1973, d'après les listes établies par les D.D.A.S, on comptait 71000 médecins en activité (soit une densité de 1,36 pour 1000 habitants), 72 % d'entre eux exerçaient partiellement ou uniquement à titre libéral, 27 % étaient salariés et 1 % ne pratiquaient pas la médecine de soins.

En 1988, dans une étude effectuée sur l'Aquitaine¹⁸, il apparaît que le domaine médical représente 55,2 % des professions libérales, les médecins, omnipraticiens et spécialistes, forment le quart des professions libérales recensées puisqu'ils représentent 40 % de l'ensemble du secteur médical libéral.

¹⁶ Voir l'article de J. Pincemin et A. Laugier, précité ou l'article de J. Becquart-Leclerc mentionné précédemment.

¹⁷ Voir les précisions apportées par J. Pincemin et A. Laugier sur le positionnement idéologique du mouvement des classes moyennes dès sa création en 1947, p. 895.

¹⁸ Comité Economique et social d'Aquitaine, *Les professions libérales en Aquitaine*, étude présentée au nom de la commission Développement régional et planification, 10 janvier 1992.

Les critères déterminant l'appartenance à une profession libérale ne sont pas toujours évidents. Une étude du Conseil Economique et social d'Aquitaine¹⁹ réalisée en 1992, propose une catégorisation des professions libérales fondée sur un travail de qualification qui conduit à prendre en compte des éléments somme toute assez différents : l'indépendance, la qualification, la compétence c'est à dire « la capacité du professionnel à exercer son activité », la conscience, le secret professionnel, la responsabilité, la mise en cause personnelle, une activité non commerciale, la structure professionnelle, le mode d'exercice. Finalement, le critère retenu par l'étude sera de nature fiscale.

On remarque que c'est dans les deux départements (Gironde et Pyrénées-Atlantiques) connaissant la plus forte densité de population que la proportion de médecins libéraux est la plus élevée.

La pluralité des modes de classement des médecins illustre pour partie ce que nous avons qualifié d' « empreinte symbolique », à savoir que le titre de médecin permet de saisir ceux qui en sont titulaires à travers des registres divers dont le point commun est de les situer dans une échelle de domination sociale.

D'un point de vue quantitatif, il n'est pas toujours facile de connaître le nombre exact de médecins. Si la profession médicale constitue encore une part très faible de la population active, sa densité a connu une progression constante entre 1959 et 1989.

À l'échelon national, la population médicale augmente plus vite que la population totale. Ainsi, elle passe de 45000 en 1960 à 150000 en 1990. Le rythme annuel de croissance de 2 % entre 1945 et 1960 est passé à 7 % entre 1970 et 1980, pour revenir à 2 % à partir du début des années 90. L'indicateur le plus significatif paraît être celui de la densité médicale, c'est à dire du nombre de médecins pour 100000 habitants. Elle était pour la France de 118,8 en 1968, de 216 en 1980 et de 296 en 1989. En Aquitaine cette densité est toujours plus élevée que la moyenne nationale : 136,8 en 1970 (France, 128), 235 en 1980, 309 en 1989.

Comme il a été indiqué précédemment, la profession médicale est concentrée dans les communes urbaines.

De ces différents éléments, il est possible de déduire que plus un département est peuplé plus la densité médicale est importante. En Gironde, elle a quasiment doublé entre 1973 et 1989. Il faut remarquer que le pourcentage de médecins parmi les élus locaux n'a quant à lui que peu varié.

L'implantation majoritaire de la profession médicale en milieu urbain n'est pas confirmée sur le terrain électoral. Avant 1983, les médecins élus dans les petites communes (9 / 11 / 13

¹⁹ Comité Economique et social d'Aquitaine, *Les professions libérales en Aquitaine*, 1992, p. 8-9.

conseillers municipaux) constituent la moitié ou un peu plus des médecins élus municipaux. Une proportion comparable caractérise les médecins élus dans les communes comprenant 15 conseillers municipaux après 1983. Pour le département où le taux d'urbanisation est le plus élevé, la Gironde, cette proportion va en se réduisant en allant des années les plus anciennes aux plus récentes.

L'indicateur de densité permet de souligner la singularité de certains espaces. À l'intérieur d'un département, la population médicale peut être plus concentrée dans certaines zones. Pour la ville d'Arcachon, la densité était en 1989 de 1 médecin pour 110 habitants.

1.2 La catégorisation notabiliaire : le registre d'interprétation et ses limites

La perception des médecins à travers la catégorisation notabiliaire confère un caractère naturel à leur éligibilité. C'est en nous interrogeant sur cette propriété que nous tenterons de discerner les limites de cette catégorisation.

1.2.1 l'éligibilité naturelle des médecins

L'assimilation des médecins à la catégorisation notabiliaire repose sur une représentation de la profession médicale qui confère au médecin généraliste un statut emblématique. Lorsqu'on évoque « le fantôme du médecin de famille »²⁰, on souligne que pendant très longtemps cette image de la profession est justifiée par le fait que les médecins généralistes représentent la proportion la plus importante de la profession médicale. De fait, la construction sociale de l'empreinte symbolique du corps médical que l'on retrouve, par exemple, dans la littérature²¹ ou dans le cinéma²², est fondée sur une représentation typifiée de la réalité. La typification est, ici, un exercice consistant à attribuer à un agent un ensemble de propriétés permettant de le singulariser dans l'espace social en lui conférant un statut métonymique par rapport à la profession à laquelle il appartient. Cette représentation peut présenter un risque de tropisme résultant de la focalisation sur des acteurs qui peut conduire à sous-estimer les propriétés de l'espace social auquel ils appartiennent et les contextes dans lesquels ils se trouvent

²⁰ F. Muel-Dreyfus, « Le fantôme du médecin de famille », *A.R.S.S* n°54, septembre 1984, p. 70-71.

²¹ On ne pourrait citer toutes les œuvres littéraires où le médecin joue un rôle central. On se demande s'il ne faudrait pas distinguer les écrivains médecins des autres écrivains. La texture du produit réalisé par des auteurs comme L-F. Céline ou M. Vinckler d'une part, et Balzac et Flaubert, d'autre part, nous rappelle l'importance du rapport entre la position d'un auteur et son projet.

impliqués. Le premier élément de cet ensemble découle, de la notion de profession consultante²³ parce qu'elle permet de comprendre les relations entre le volet professionnel de l'activité de médecin et sa dimension sociale. C'est dans le cadre de la consultation que le médecin apparaît comme soignant une palette de maux dont la liste ne se limite pas à celle enseignée aux étudiants en médecine. C'est pourquoi, il est parfois fait référence au « médecin des âmes » comme au « médecin des corps ». Cette représentation attribuée au médecin fait du rôle professionnel un *social role* singularisé dans l'espace social. On remarque que ce qui change entre l'évocation du médecin dans la série Urgences et d'autres évocations de la profession, c'est l'image de la profession mais ce qui est commun aux deux, c'est que le regard sur la profession induit un regard sur le monde. Il y a *social role* parce que l'exercice du métier de médecin donne une perspective sur le monde social. Le regard sur le rôle donne une vue sur le monde. Ces deux dimensions du métier de médecin nous permettent de comprendre la diversité des registres qui compose l'empreinte symbolique du corps médical.

À partir de l'activité consultante se construit une clientèle professionnelle qui peut constituer « un avantage électoral » dont E. Criqui résume assez bien les différentes composantes : « Tout a été dit ou presque sur les *tournées électorales* du médecin ou du vétérinaire, sur les rapports de confiance, voire de dépendance qui peuvent s'instaurer à cette occasion. Il faut simplement ajouter que le cadre cantonal, dans les secteurs ruraux, correspond, approximativement à la zone d'influence géographique du médecin ou du vétérinaire : la clientèle professionnelle et la clientèle électorale se superposent presque parfaitement. Mais disposer d'une clientèle professionnelle ne permet pas simplement de nouer de fructueux contacts et d'entretenir un réseau de relations ; cela apporte également une remarquable connaissance des gens et de leurs problèmes. »²⁴

Il est dit que le médecin, par son activité consultante, peut influencer la décision des électeurs, diversifier ses modes d'intégration dans la société locale, et améliorer sa connaissance de cet univers. Si la nature de l'activité professionnelle du médecin détermine, pour une part sa légitimité à être élu celle-ci repose sur l'attribution d'une autorité à l'identité collective reconnue à la profession médicale. Or cette évocation de l'autorité de la profession médicale se fonde sur des registres sensiblement différents. Ainsi lorsqu'on indique que les médecins font partie de ces professions à clientèle qui, grâce à leur titre professionnel peuvent prétendre

²² On pense au Docteur Knock ou au docteur F. Gaillard.

²³ E. Freidson, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.

²⁴ E. Criqui, *op. cit.*, p. 72.

à la reconnaissance d'une autorité sociale, on se fonde implicitement sur une représentation de la distribution de l'autorité dans une société donnée, celle qui conduit à penser que « les professions libérales ont longtemps été considérées comme les seules dépositaires du savoir ». On signifie, par-là, que la légitimité du médecin élu local est reliée au système de légitimation dominant dans la société.

Ce jugement trouve son origine dans l'idée qu'il existe dans la société un « seuil » de savoir au-delà duquel les acteurs, individuels ou collectifs, sont habilités à exercer un pouvoir sur la collectivité. C'est en ce sens là qu'un regard sur l'activité professionnelle de médecin nous donne une vue sur le monde. La détention du titre de docteur en médecine est une des formes d'objectivation de cet « effet de seuil ». Le médecin n'est-il pas présenté comme un « lettré... qui peut à l'occasion remplir des formulaires de sécurité sociale et même parfois d'autres papiers... qui est en contact avec l'administration et connaît parfaitement la législation » ?²⁵ Ce clivage a une conséquence sur l'éligibilité des médecins dans la mesure où leur légitimité est appréciée en fonction d'un titre et que la détention de ce titre évite de développer des stratégies de justification visant à qualifier la nature de la compétence qui lui est associée. La compétence attribuée en raison du titre de médecin découle de la situation de la profession médicale dans la division symbolique de l'autorité. Elle est sensiblement différente de celle qui permet de déceler la « spécificité de l'attitude que l'on peut dire clinique »²⁶. Or la relation entre le pouvoir médical et le savoir médical se joue aussi sur la qualification du savoir médical. Le « pouvoir médical » n'est-il pas présenté « comme une évidence résultant du savoir scientifique sur lequel se fonde l'exercice de la médecine. »²⁷

En affirmant cela, on établit une continuité là où il y a plutôt une contradiction. S'il ne fait pas de doute qu' « il faut considérer, la pratique médicale comme un aspect institutionnel de la recherche scientifique, et comme un exemple de l'application de la science à des problèmes pratiques »²⁸, il faut néanmoins se garder de confondre la nature du métier de médecin est le caractère du savoir sur lequel il repose. Mais le savoir médical trouve sa légitimité dans le fait qu'il est le résultat de la recherche scientifique dans une société où le registre de légitimation scientifique est un des registres dominants. Cependant, l'exercice de la médecine, n'est pas toujours présenté dans ses connexions avec la science. Ne considère-t-on pas que « le médecin jouit dans les sociétés occidentales d'un charisme qui lui est propre et qui est renforcé par un certain nombre d'attitudes telle que le recours à un vocabulaire spécifique et

²⁵ E. Criqui, *op. cit.*, p. 73.

²⁶ P. Guillaume, *op. cit.*, p. 33.

²⁷ P. Hassenteufel, *Les médecins face à l'Etat*, Paris, Presses de Science-po, 1996, p. 6.

²⁸ T. Parsons, *Eléments pour une sociologie de l'action*, *op. cit.*, p. 248.

hermétique, la distance, le culte du secret, l'importance de la prédiction et du déchiffrement présentant des analogies avec les oracles »²⁹? Cette légitimité de type charismatique est alimentée par certaines formes de discours utilisées par les médecins qui justifient leur engagement dans la médecine comme un acte de *professio*³⁰: « La médecine a été et reste toujours pour moi une vocation et une sorte de sacerdoce. (...) On *naît médecin*. J'en ai la vocation depuis l'enfance (...) On ne doit pas résister à l'appel d'une vocation. (...) On entre en médecine comme on entre en religion »³¹. Elle peut aussi être présentée comme un « art requérant des qualités humaines qui ne s'apprennent pas dans les facultés, des qualités que l'on a ou que l'on n'a pas »³². Position qui se prolonge par une conception du colloque singulier à travers laquelle « le contact du malade avec le médecin, comme celui avec l'avocat ou le prêtre, est une communion fondée sur une confiance mutuelle, personnelle et secrète, protégée par le secret professionnel. »³³ La vocation de médecin est parfois présentée comme pouvant faire l'objet d'une transmission familiale ce qui permet de comprendre « pourquoi les médecins ont tendance à se recruter dans les familles de médecins. Ces dernières possèdent les mécanismes qui donnent naissance à la vocation médicale et l'entretiennent. Seuls les membres même d'une profession peuvent traduire en conseils précis et utiles leurs professions de foi publiques. »³⁴ Il ne faut cependant pas oublier que ce phénomène ne concerne pas que le milieu médical et qu'il soulève les questions relatives à la part d'héritage dans la formation de l'identité des individus. Si les agents accumulent du patrimoine, c'est pour le transmettre, l'héritage est donc une donnée naturelle de la vie sociale.

Les propriétés sociales attribuées à la profession médicale se retrouvent ainsi incarnées dans la figure du médecin notable dont l'élection avait « le statut d'une déclaration de confiance et d'abandon (...) à une autorité ayant une forme personnelle. »³⁵ Pour que les propriétés attachées à cette autorité sociale puissent se convertir en ressources dans le champ politique, il fallait que certaines conditions soient réunies. Or ne soutient-on pas que « le pouvoir électoral

²⁹ P. Hassenteufel, *op. cit.*, p. 25.

³⁰ C. Dubar, P. Tripiet, *Sociologie des professions*, Paris, A. Colin, 1998.

³¹ Citation extraite de l'ouvrage de C. Herzlich, M. Bungener, G. Paicheler, M-C Zuber, *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français*, Paris, INSERM-Doin, 1993, p. 236.

³² Propos du docteur Jean Bardet cités par Annie Collovald, Brigitte Gaïti, « Discours sous surveillance. Le social à l'Assemblée », dans D. Gaxie (dir.), *Le social transfiguré. Sur la représentation politique des représentations sociales*, Amiens, CURAPP/PUF, 1990.

³³ R-A. Gutmann, « Le prestige du médecin diminue-t-il ? », *La Revue des Deux-Mondes*, 1^{er} mai 1964, p. 78-83.

³⁴ O. Hall, *Les étapes d'une carrière médicale*, cité par C. Herzlich dans *Médecine, maladie et société*, p. 210.

³⁵ A. Garrigou, *Le vote et la vertu. Comment les Français sont devenus électeurs*, Paris, Presses de la FNSP, 1991, p. 217.

des médecins est comme décuplé dans l'esprit des hommes politiques »³⁶ ? Sans doute « en raison de l'influence supposée qu'ils exercent sur leurs patients »³⁷.

Les médecins eux-mêmes entretiennent cette opinion lorsqu'ils déclarent que « le médecin est indiscutablement une force électorale et il est légitime qu'il exige du candidat qui a besoin de son influence pour être élu, un appui effectif dans les débats parlementaires »³⁸ ou dans un registre plus « local » : « Aussi engageons nos confrères des départements à prendre leurs précautions et à ne mettre leur influence au service d'un candidat qu'après s'être bien assurés que le futur conseiller connaît les questions qui nous intéressent et est animé d'un sentiment équitable à notre endroit. S'il est vrai que la parole du médecin est écoutée comme elle doit l'être, il y a là pour nous un moment d'activité et de lutte et nul ne doit désertir le bon combat. »³⁹

Plus récemment, la capacité d'influence des médecins a été évoquée à travers des registres sensiblement différents. Ainsi une revue professionnelle⁴⁰ souligne que « dans leur proximité avec le pouvoir, les médecins ont un avantage considérable » du fait que « tout homme politique a son médecin ou en compte un dans son entourage familial » tout en constatant qu'« au niveau local, régional ou national, le médecin peut être à lui tout seul une force de pression » et qu'« il n'y a pas un mais des lobbies médicaux » concluant au caractère multiforme du lobby médical. Si l'on s'arrête, un instant, pour recenser les points où la capacité d'influence des médecins est supposée s'appliquer, on s'aperçoit qu'ils sont nombreux et pas toujours différenciés, de sorte que la notion d'empreinte symbolique trouve pleinement sa justification.

Comme il vient d'être dit la capacité d'influence attribuée au corps médical est une constante dans la constitution de leur identité. Si le médecin est un notable parce qu'il illustre de façon complète « ce lien complexe entre une origine sociale, une activité professionnelle, et un rapport au territoire... »⁴¹, c'est aussi en raison de l'« ancrage » nécessaire que lui impose son activité professionnelle. Cette insertion dans le local lui permet de se situer dans « la proximité et l'accessibilité » considérées comme « des atouts majeurs sur le chemin du pouvoir local »⁴². Il s'intègre ainsi dans une représentation de la société locale qui insiste sur la singularité de la présence sociale d'un ensemble réduit d'agents, ceux qui peuvent s'insérer

³⁶ P. Hassenteufel, *op. cit.*, p. 23.

³⁷ *ibidem*, p. 5.

³⁸ J. Noir, rédacteur du Bulletin de l'Union des Syndicats médicaux, en 1898, cité par Pierre Guillaume, p. 80.

³⁹ P. Guillaume, *op. cit.*, p. 80.

⁴⁰ *Impact Médecin* hebdo, n°211.

⁴¹ J. Fontaine, C. Le Bart, *Le métier d'élu local*, *op. cit.*, p. 13.

dans les réseaux de pouvoir et occuper une position d'autorité vis-à-vis « des différents niveaux d'administration, ruraux et urbains, municipaux et départementaux... »⁴³

Cette présence sociale est considérée comme auto-entretenu du fait que « clientèle politique et clientèle professionnelle se renforcent mutuellement »⁴⁴.

1.2.2 Les limites de cette catégorisation

L'assimilation des médecins élus à la catégorisation notabiliaire repose sur une typification des propriétés sociales qui leur sont attribuées. Ce processus est assez complexe parce que d'une part, lorsqu'on évoque le médecin notable, il s'agit d'une représentation individualisée, mais en même temps cette représentation renvoie à des registres différents mais qui lui restent adjacents. Ainsi lorsqu'on parle « des médecins » de la médecine ou de la profession médicale, on n'évoque pas les mêmes questions mais elles paraissent indissociables de cette représentation. La notion d'empreinte symbolique invite à s'interroger pour essayer de faire la part entre les éléments qui relèvent de l'individuel et ceux qui sont de l'ordre du supra-individuel.

Sur un premier point, l'assimilation des médecins à la catégorisation notabiliaire suscite des interrogations. En effet, il nous semble que la représentation du médecin notable repose sur une typification de la profession médicale qui trouve son inspiration dans le modèle de la médecine généraliste. Lorsqu'il est fait référence à un enracinement dans l'espace, à une régularité des déplacements du médecin dans cet espace, il ne fait pas de doute qu'il s'agit bien du médecin généraliste. À ce stade de notre réflexion, il est indispensable de tenir compte de ce travail de construction sociale autour de l'identité de la profession médicale. De sorte que l'analyse de l'éligibilité des médecins, comme fait social, pour la période qui nous intéresse, passe par une réflexion sur les significations véhiculées dans la construction de cette éligibilité comme, par exemple, cette représentation typifiée de la profession médicale. La première question qui se pose à nous est de savoir si la médecine généraliste peut constituer, un « modèle » d'analyse pouvant rendre compte de façon synthétique de la profession médicale. Deux réponses paraissent justifiées.

⁴² J. Becquart-Leclercq, « Les chemins du pouvoir local : la sélection du maire », *Pouvoirs*, n°24, PUF, 1982, p. 98.

⁴³ J. Fontaine, C. Le Bart, *Le métier d'élu local*, Paris, L'Harmattan, 1994, p. 13.

⁴⁴ J. Becquart-Leclercq, art. cité., p. 99.

Si l'on fait de la médecine générale une catégorie de désignation, on peut constater qu'entre 1959 et 1989, l'évolution de la profession médicale la prive de pertinence dans la mesure où, par exemple, en 1989, il y a plus de médecins spécialistes en Aquitaine que de médecins généralistes (à l'échelle nationale, l'évolution se produira une dizaine d'années plus tard). Le cadre temporel qui a servi de cadre à l'étude des élections locales est aussi celui durant lequel la profession médicale a connu des mutations importantes.

En la considérant comme une catégorie d'analyse permettant de rendre compte de l'activité de médecin, à l'image de la notion de profession consultante, il n'est pas interdit de penser que le modèle de la consultation est applicable à beaucoup de médecins. Cependant, en acceptant ce point de vue, nous négligeons la structuration de la présence sociale du médecin dans la société locale qui est un des fondements de l'éligibilité notabiliaire. Qui plus est, ces deux modèles d'analyse simplifient la réalité du métier de médecin, là, où la diversité contextuelle appelle une plus grande prudence. Evoquer le médecin pour dire qu'il peut être « médecin de ville, médecin de banlieue, médecin de campagne, médecin des hôpitaux, médecin consultant, médecin spécialiste, médecin d'usine, médecin de dispensaire... » confirme le fait que « l'exercice concret de la profession éparille le corps médical. »⁴⁵ La diversité des contextes d'exercice professionnel et sociaux induit une hétérogénéité des espaces de reconnaissance de la personnalité du médecin.

L'assimilation de la profession médicale à la catégorisation notabiliaire repose sur une représentation unilinéaire de sa légitimité sociale. Si l'on évoque « les multiples pouvoirs que les médecins exercent », « le charisme » ou « le prestige » du médecin, on se situe dans le registre de la valorisation symbolique. Or ceci est discutable pour deux raisons.

D'une part, ce registre de valorisation ne prend pas en compte les analyses qui remettent en cause la réalité de ce « prestige » de la profession médicale. Ne parlait-t-on pas en 1964 du « rabaissement du médecin »⁴⁶ ? Béatrice Vergès⁴⁷ a souligné le caractère permanent de ce qu'on appelle plus couramment « la crise » de la médecine. Derrière cette expression, dont le flou n'a d'égal que celui de la notion de notable, il faut discerner un certain nombre d'éléments. Parmi ceux-ci, il convient de signaler l'existence d'un courant d'analyses qui conclut à une dévalorisation symbolique de la profession médicale. Son identité n'est pas toujours perçue, par les médecins ou par les analystes extérieurs, à travers un prisme de valorisation. Au cours des entretiens qui ont été menés dans le cadre de l'enquête, le constat

⁴⁵ J. Pincemin, A. Laugier, art. cité.

⁴⁶ R-A. Gutmann, art. cité, p. 80.

⁴⁷ *Le monde des médecins au vingtième siècle*, Bruxelles, Complexe, 1996.

suyant lequel « le médecin notable, c'est fini » a souvent été formulé. Ce point de vue est convergent avec certaines conclusions de la recherche effectuée sous la direction de C. Herzlich⁴⁸. Lorsque, par exemple, il est indiqué qu'une proportion non négligeable de médecins souhaitent se reconvertir professionnellement ou qu'une bonne partie d'entre eux ne verraient pas d'un bon œil le fait que leurs enfants s'engagent dans la profession médicale. La « crise de la médecine » est évoquée à partir des représentations que les médecins se font de leur place dans la société. Il n'est pas question, ici, de s'exprimer sur le contenu et la pertinence de ces analyses mais de souligner le « biais » qu'introduit la conception notabiliaire lorsqu'elle intègre une analyse de la profession médicale.

Il semble qu'elle l'est également sur un second point. Comme nous l'avons indiqué plus haut, se référer au « prestige » du médecin, c'est se reporter à une échelle de domination symbolique légitime à un moment donné de l'histoire d'une société. La question n'est pas seulement de savoir si le « prestige »⁴⁹ de la profession médicale s'est déprécié mais plutôt de se demander si le système de domination symbolique qui produit ce « prestige » a évolué dans ses qualifications. L'assertion suivant laquelle le « rabaissement du médecin fait partie d'une tendance mondiale : la suppression des élites »⁵⁰ nous rappelle, de façon un peu polémique, qu'il faut envisager la légitimité de la profession médicale parallèlement à la compréhension des univers de légitimation dominant dans la société. Ne faut-il pas se demander s'il existe des relations entre la légitimité que nous étudions et la construction de ces systèmes de légitimation. Comme il a été indiqué précédemment, le titre de docteur en médecine est doté d'une « commodité » signifiante qui permet de le situer dans deux univers de légitimation. Le premier est construit sur la « finitude » du titre. Pratiquement, cela signifie que celui qui le détient n'a nullement besoin de développer des stratégies de justification pour faire état de sa compétence. Le titre est une version euphémisée de la légitimation par la compétence. Mais ce titre de docteur en médecine est aussi un diplôme professionnel, c'est-à-dire qu'il donne la possibilité d'exercer une compétence qualifiée en tant que telle. De sorte que si la légitimation par le titre de docteur en médecine s'exprime par la justification d'une compétence, cette légitimité ne se situe plus dans un registre d'euphémisation mais dans celui de la qualification. En engageant notre réflexion dans cette voie, nous devons étudier les éléments constitutifs des systèmes de légitimation tant dans l'espace social que dans l'espace politique pour tenter de comprendre comment se construit la reconnaissance des agents. En termes plus

⁴⁸ *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français (1930-1980)*, CERMES, INSERM-Doïn, Paris, 1993.

⁴⁹ R-A. Gutmann, art.cité, p. 79.

⁵⁰ R-A. Gutmann, *ibidem*.

précis, nous nous interrogeons sur le point de savoir si la détention d'un titre comme celui de docteur en médecine, dans un espace social où le niveau moyen de qualification augmente, suffit à établir l'autorité des agents qui le détiennent. Ainsi, la construction de notre représentation de la profession médicale à partir du titre de docteur en médecine, nous empêche de saisir la diversité d'exercices de la profession de médecin tout en nous situant dans un registre de qualification de la domination symbolique qui n'a peut être pas conservé toute sa pertinence.

Pour une autre série de raisons, la catégorisation notabiliaire des médecins est marquée d'incertitude. En premier lieu, il faut se souvenir que l'ensemble « notabilité, notabilisation, notable » a été diversement apprécié au cours de la période qui nous intéresse. Sans reprendre dans le détail une entreprise critique déjà très consistante, il nous semble opportun d'insister sur quelques points.

Sa capacité à désigner la réalité apparaît plus limitée en fin de période qu'au début. On peut constater que pour ce qui concerne l'étude des élus locaux, la catégorisation notabiliaire donne lieu à deux lectures contradictoires. D'une part, il est dit que « au-delà des péripéties électorales et des motivations des électeurs, le vecteur le plus prégnant du localisme reste encore la perpétuation des *notables* et de leurs attributs spécifiques dans la formation du pouvoir départemental »⁵¹ mais que, d'autre part, « les acteurs de la scène municipale ne tiennent plus aujourd'hui leur éligibilité – une prédisposition à être désignés par les électeurs – de leur notoriété dans la société locale... La réduction de la qualité de notable à des catégories sociales déterminées – le châtelain des campagnes et la bourgeoisie des villes au XIX^e siècle, les professions libérales à une époque plus récente – est devenue obsolète. L'accession de nouvelles couches et le renouvellement sensible des personnels politiques ont quelque peu dérangé la provenance sociale des détenteurs du pouvoir local »⁵². Si la catégorisation notabiliaire nous renvoie à l'étude de l'origine sociale des élus locaux, il faut constater que les statistiques réalisées sur les élections municipales et cantonales ne révèlent ni une baisse ni une augmentation de la proportion de médecins parmi les élus locaux mais plutôt une régularité de leur présence quantitative. La proportion de médecins conseillers municipaux augmente suivant en cela l'augmentation de la densité médicale. Par contre le nombre de médecins maires stagne ou diminue. La situation des médecins serait alors quelque peu atypique par rapport aux autres catégories sociales, elles aussi rattachées au phénomène notabiliaire.

⁵¹ A. Mabileau, art. cité, p. 38.

⁵² A. Mabileau, « De la monarchie municipale à la Française », *Pouvoirs*, n°73 PUF, 1995, p. 12.

La pertinence de la catégorisation notabiliaire comme catégorie interprétative est remise en question lorsque, par exemple, on constate que « la notion de notable atteint rapidement ses limites dès lors qu'elle est élevée au statut d'invariant dans l'explication »⁵³.

C'est sur le terrain de la définition de la légitimité des élus locaux que sa capacité explicative est discutée avec le plus d'insistance. Ainsi lorsqu'on souligne que « même amoindrie, la légitimité républicaine n'a pas disparu, mais elle se trouve en concurrence avec d'autres formes de légitimité plus adaptées aux transformations socio-économiques de la société locale. L'élue nouvelle manière assure sa légitimité sur les notions de croissance économique et d'entrepreneur public. La légitimation se fonde sur la compétence et l'action qu'ils entreprennent sur le milieu local. »⁵⁴. La définition de la légitimité des élus locaux, reposant sur « le lien complexe entre une origine sociale, une activité professionnelle, un rapport au territoire, un discours souvent consensuel au nom de *l'intérêt local*... »⁵⁵ est supplantée par des références à la « compétence » et à l'action qu'ils sont censés mettre en œuvre.

Notre position critique concernant l'assimilation des médecins à la catégorisation notabiliaire conduit à reformuler un certain nombre de questions. N'est-il pas souhaitable de s'interroger sur les effets typificateurs qu'elle génère ? Ainsi, est-il encore possible de parler « du médecin dans la société française » ? D'autre part, faut-il envisager la légitimité électorale des médecins uniquement à partir de sa « naturalité » et de l'indicateur de présence quantitative des médecins parmi les élus locaux qui est présentée comme son corollaire ? Enfin, si la légitimité des élus locaux se constitue sur de nouvelles bases ne faut-il pas s'interroger sur les cadres de signification qui entourent la décision électorale ?

L'éligibilité des médecins repose sur l'actualisation quotidienne d'une présence sociale permise par l'exercice de leur rôle professionnel. Cependant, il paraît difficile de dire qu'elle se constitue sur la base d'une représentation typifiée de ce rôle. Nous pensons plutôt que ce rôle est un indicateur d'une position accordée à la profession médicale par les agents. L'éligibilité des médecins dans l'espace politique local découle, pour partie, de leur assimilation à la position de la collectivité professionnelle à laquelle ils appartiennent.

⁵³ A. Mabileau, « Les institutions locales et les relations centre- périphérie », dans M. Grawitz, J. Leca (dir.), *Traité de science politique*, Paris, PUF, 1985, T. 5.

⁵⁴ A. Mabileau, « Les héritiers des notables », *Pouvoirs*, n°49, PUF, p. 100.

⁵⁵ J. Fontaine, C. Le Bart, *Le métier d'élue local*, Paris, L'Harmattan, 1994, p. 13.

2. LE RÔLE PROFESSIONNEL DE MÉDECIN : UNE TYPIFICATION DIFFICILE

Le traitement du phénomène des médecins élus locaux à travers la catégorisation notabiliaire présentant les difficultés que nous avons exposées, il est nécessaire de réorganiser le cadre dans lequel nous pouvons appréhender la présence sociale des médecins élus locaux. Notre démarche a pour objet de mettre en évidence les modalités suivant lesquelles l'appartenance professionnelle intervient dans la constitution de l'identité locale d'un médecin susceptible de façonner son éligibilité. Or nous avons indiqué dans le paragraphe précédent que ceci fait l'objet d'une présentation qui, selon nous, repose sur une conception typificatrice de cette appartenance professionnelle. La réalité que nous avons rencontrée, au cours de nos entretiens comme dans l'étude des résultats aux élections locales, est celle d'une pluralité des espaces et des modalités d'exercice professionnel. Notre constat s'inscrit ainsi dans le prolongement des travaux qui ont mis en évidence les changements qu'a connus la profession médicale au cours de ces quarante dernières années.

Parvenu à ce stade de notre réflexion, il apparaît que nous ne pouvons concevoir l'appartenance à la profession médicale à partir du seul critère d'identification aux propriétés homogènes d'une communauté. L'appartenance professionnelle se traduit aussi par des processus de différenciation au sein de la profession.

Donc, nous devons trouver une notion permettant de guider notre analyse suivant ces deux perspectives associées au fait qu'il nous appartient de rendre compte de pratiques professionnelles par lesquelles les médecins actualisent ces propriétés dans des contextes différents. Le concept de rôle devient alors pertinent pour les raisons suivantes.

Il permet de montrer que l'activité professionnelle de médecin s'objective dans une codification institutionnelle proposant des « cadres définis d'interaction dans lesquels la définition normative des modes de conduite attendus est particulièrement bien établie »⁵⁶. Il convient donc de s'interroger sur les modalités de cette codification et sur ses finalités sociales.

Il ne nous empêche pas d'étudier la diversité des pratiques professionnelles des médecins à condition de dissocier la conception précédente de celle prenant en compte l'agir développé dans l'exercice du rôle. En nous interrogeant sur la compétence exprimée par les médecins dans l'exercice de leur rôle nous pouvons intégrer les processus constituant la différenciation interne à la profession. Ainsi, il devient possible de cerner les enjeux de légitimité que peut générer cette évolution de la profession médicale et d'observer les pratiques développées par

des médecins pour obtenir une reconnaissance de leur spécificité. Selon cette interprétation, la compétence associée au rôle est un objet de qualification et un critère de reconnaissance qui expriment une intention de singularité dans une appartenance à une communauté.

Mais la diversification de ces pratiques professionnelles ne nous renvoie-t-elle pas aussi à la diversité des espaces sociaux dans lesquels elles s'exercent ? Ainsi, l'appartenance à une communauté professionnelle ne doit-elle pas être relativisée par la multiplicité des contextes sociaux dans lesquels les médecins se trouvent engagés par l'exercice de leur rôle professionnel ? Les patients ont-ils la même représentation de l'appartenance professionnelle du médecin lorsqu'ils sortent du cabinet d'un généraliste en milieu rural et qu'ils entrent dans celui d'un spécialiste en milieu urbain ? Enfin, il n'est pas interdit de se demander si la compétence mise en œuvre par les médecins dans l'exercice de leur rôle professionnel ne dépend pas aussi des conceptions qu'ils s'en font et des demandes de soin qui leur sont adressées. Le médecin entretient avec la codification institutionnelle de son rôle une relation ambiguë « d'identification et de distanciation »⁵⁷ qui lui permet de s'adapter à ces attentes⁵⁸ en ayant le sentiment de rester dans les limites qui lui sont fixées. La compétence professionnelle de médecin est aussi le résultat de la construction intersubjective intervenant dans le colloque singulier. Toutes ces questions nous conduisent à penser que nous ne pouvons comprendre les effets de l'appartenance professionnelle sur l'identité électorale des médecins élus locaux qu'en proposant une lecture du rôle professionnel de médecin qui met en perspective la représentation typificatrice que nous pouvons en avoir avec la dynamique de différenciation qui structure la composition de la profession médicale tant sur le mode diachronique que synchronique.

De ce point de vue, ce rôle peut être considéré comme un de ces rôles au moyen desquels « les institutions sont incorporées dans l'expérience individuelle »⁵⁹ des agents. Les médecins agissent et sont perçus comme les représentants de l'institution médicale sur la base d'une codification où les « les prérogatives et les obligations » sont formulées de manière particulièrement claire⁶⁰.

Dans une seconde lecture, nous montrerons que la compétence associée au rôle de médecin se définit aussi de façon intersubjective suivant les contextes professionnels dans lesquels les médecins se trouvent impliqués.

⁵⁶ A. Giddens, *La constitution de la société*, op. cit., p. 136.

⁵⁷ J. Lagroye, *Sociologie politique*, Paris, Presses de Sciences-Po et Dalloz, p. 154.

⁵⁸ J. Lagroye, « On ne subit pas son rôle », art. cité, p. 7.

⁵⁹ P. Berger, T. Luckmann, *ibidem*.

⁶⁰ A. Giddens, *ibidem*.

2.1 La réalité sociale d'une représentation codifiée de l'institution médicale

Comme l'ont montré les nombreux travaux sur l'histoire de la profession médicale, « le pouvoir médical s'est construit sur la base de la monopolisation de la dispense de soins, fondée sur le savoir médical et l'autonomie dans l'exercice de la profession »⁶¹. Ce pouvoir s'est construit sur la base d'une reconnaissance de la puissance publique. Pour la plupart des pays industrialisés, ce processus s'est développé depuis la fin du dix-neuvième siècle. En France, c'est la loi de 1892 instaurant un diplôme unique de médecine qui est présentée comme la première étape du mouvement de reconnaissance de la profession médicale alors que jusque-là l'exercice de la médecine était reconnu aux titulaires d'un doctorat et à des officiers de santé soumis à l'autorité des premiers. L'exercice du métier de médecin met en jeu trois processus de délégation distincts. Avec le premier, la société, par la reconnaissance de la puissance publique, délègue à la profession médicale le monopole de l'activité thérapeutique. Suivant le deuxième, c'est la profession qui délègue à chacun de ses membres l'exercice de cette activité suivant les conditions que nous étudierons. Le troisième processus de délégation caractérise la relation entre le patient et son médecin. Cette présentation formelle pose cependant un certain nombre de questions. Comment la concilier avec les changements qu'a connus la profession médicale ? Est-elle suffisante pour rendre compte de toutes les formes de reconnaissance dont la profession médicale fait l'objet ? Comment ignorer, par exemple, que dans la particularité du système français de protection sociale la profession médicale est reconnue comme partenaire nécessaire de la gestion de ce système ? Nous tenterons de répondre à ces questions en présentant préalablement les mutations qui ont affecté le corps médical au cours de ces quarante dernières années avant de mesurer les effets de cette évolution sur les trois formes de délégation que nous avons postulées.

2.1.1 Les changements dans la composition de la profession médicale

Les changements qui ont affecté la profession médicale peuvent être présentés suivant plusieurs lectures.

Si nous prenons comme indice la détention du titre de docteur en médecine dans une perspective quantitative, nous constatons que le nombre de médecins passe de 45000 en 1960

⁶¹ P. Hassenteufel, *op. cit.*, p. 7.

à 150000 en 1990⁶². Cependant il n'est pas toujours facile de connaître le nombre exact de médecins en France. Nous avons rencontré cette difficulté lorsque nous avons tenté de mesurer leur présence quantitative dans les départements d'Aquitaine à différentes époques. Sur un des documents utilisés dans l'enquête, les auteurs mentionnent 160000 médecins en 1990 à une page et 155896 en 1992 à la page suivante.⁶³ Cela s'explique peut-être par la différence qui peut s'établir entre les médecins inscrits au Conseil de l'Ordre et ceux pris en compte par la CNAMTS. Un médecin cessant son activité peut rester inscrit à l'Ordre. Il semble que toute indication quantitative dans ce domaine supporte une marge d'erreur comprise entre 5 et 10%. La tendance générale de cette augmentation est caractérisée par une accélération de la croissance entre 1970 et 1983. Le rythme annuel de croissance est passé de 1 ou 2 % entre 1945 et 1960 à 7 % entre 1970 et 1980⁶⁴.

C'est en réaction aux effets de cette augmentation que les représentants de la profession ont obtenu le rétablissement d'un *numerus clausus* plus restrictif pour obtenir une stabilisation autour de 165000 médecins en 2015.⁶⁵ Ainsi le rythme de croissance n'était plus que de 2 % en 1991.

La population médicale en Aquitaine⁶⁶ était de 3394 au 1^{er} janvier 1970, de 3804 en 1977 et de 7046 en 1989.

Le deuxième critère quantitatif que nous pouvons utiliser est l'indicateur de densité⁶⁷.

Nous présentons les densités locales dont nous avons pu disposer relativement à la densité sur l'ensemble du territoire national quand cela était possible.

1973

Gironde : 161,6 ; Dordogne : 101,4 ; Lot-et-Garonne : 120,7 ; Landes : 124,9 ; Pyrénées-Atlantiques : 143.

1980 :

France : 216 / 100000 ; Aquitaine : 235 / 100000 ; Dordogne : 164 ; Gironde : 286 ; Landes : 188 ; Lot-et-Garonne : 183 ; Pyrénées-Atlantiques : 234.

1989 :

France : 296, Aquitaine : 309 ; Dordogne : 221 ; Gironde : 374 ; Landes : 237 ; Lot-et-Garonne : 234 ; Pyrénées-Atlantiques : 313.

⁶² B. Vergez, *Le monde des médecins au vingtième siècle*, Bruxelles, Complexe, 1996, p. 164.

⁶³ P. Aïach, D. Fassin, J. Saliba, « Crise, pouvoir et légitimité », dans P. Aïach, D. Fassin (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux d'épouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos Economica, 1994, p. 27-28.

⁶⁴ B. Vergez, *op. cit.*, p. 164.

⁶⁵ P. Aïach, D. Fassin, J. Saliba, « Crise, pouvoir et légitimité », *op. cit.*, p. 28.

⁶⁶ Conseil National de l'Ordre des médecins, *La démographie médicale Française, dix ans d'évolution*, 1991.

⁶⁷ Conseil National de l'Ordre des médecins, *La démographie médicale Française, dix ans d'évolution*, 1991.

D'après ces données, nous remarquons que l'Aquitaine a une densité moyenne un peu supérieure à la moyenne nationale, et que les départements ayant le taux d'urbanisation le plus élevé ont une densité régulièrement supérieure à la moyenne nationale. Ceci nous rappelle que l'implantation de la profession médicale a été prioritairement un phénomène urbain même si cette tendance s'est plus atténuée depuis la fin des années 70 pour une partie de la profession. Pour ce qui est de la Gironde en 1979, le nombre d'installations dans des communes rurales était supérieur à celui des installations en milieu urbain.

Ce rappel succinct des évolutions quantitatives nous conduit à constater que la représentation de la profession médicale dans l'espace local s'est matérialisée à travers un nombre d'acteurs de plus en plus grand.

L'évolution de cette profession doit être prise en compte suivant une « multiplicité de critères...Orientation technique vers la médecine générale ou la médecine spécialisée, modes de rémunération libéral ou salarié, prédominance ou non, de tel ou tel cadre d'exercice, activité unique à plein temps ou coexistence de plusieurs activités à temps partiel, succession de diverses activités dans le temps, ces divers éléments se combinent pour constituer des profils différenciés dont on a pu montrer tant la logique proprement professionnelle que l'enracinement social. »⁶⁸

Si nous prenons le critère de distinction entre médecins généralistes et médecins spécialistes nous remarquons qu'en Aquitaine le rapport s'est inversé dès le début de la décennie 90 alors qu'au plan national cela se produira presque dix ans plus tard.

En 1973, pour toute la France, les médecins spécialistes comptaient pour 36 % des médecins en activité. En 1990, cet indicateur est de 48,5 %. En 1999, le rapport est inversé puisqu'il y a plus de médecins spécialistes en activité que de médecins généralistes. En termes de densité, on note que, entre 1980 et 1990, celle des généralistes a progressé de 14 % alors que celle des spécialistes a augmenté de 68 %.⁶⁹

En 1977, pour 3804 médecins en activité en Aquitaine, 2307 étaient généralistes, 1497 étaient spécialistes.⁷⁰

Nous concluons sur ce point en montrant la difficulté à produire une représentation précise du nombre de médecins. Sur un document⁷¹ émanant de l'INSEE, il est indiqué que le nombre total de médecins en activité est de 7046 en Aquitaine en 1989. Le nombre de médecins

⁶⁸ 50 ans d'exercice de la médecine en France, *op. cit.*, p. 117.

⁶⁹ J. Terquem, *Les médecins dans la société française*, Paris, Economica, 1992, p. 29.

⁷⁰ Source C. P. A. M, Démographie des professions de santé, C. N. A. M. T. S.

⁷¹ Eco-Santé Windows Région 1. 01. 1996.

généralistes est de 2657, pour 3433 spécialistes. La différence entre le premier nombre et la somme des deux suivants est de 956 soit environ 13 % d'écart.

Notons que dans un document émanant du Conseil de l'Ordre, le nombre de spécialistes est de 3270.

Prenant comme critère la distinction entre le statut libéral et celui de salarié, nous voyons que dans ce domaine aussi l'évolution du corps médical appelle une lecture différenciée. Globalement, le secteur libéral diminue par rapport à la médecine salariée mais cela ne concerne pas la médecine généraliste, la chirurgie spécialisée et la psychiatrie.⁷²

Notons que différenciation entre ces deux modalités d'exercice du rôle de médecin est un peu faussée par la distinction entre le statut libéral et celui de salarié. La multiactivité⁷³ fait que derrière l'affichage d'un statut principal, le médecin se trouve engagé dans des contextes différents de ceux qui caractérisent l'activité qu'il effectue à titre principal.

Du seul point de vue de l'analyse démographique, la thèse d'une segmentation croissante de la profession médicale est vérifiée. Il reste maintenant à analyser les relations entre cette évolution et les processus de délégation mis en évidence en introduction de ce paragraphe.

2.2 Un processus complexe de délégation

L'institutionnalisation du rôle de médecin repose sur trois formes de délégation. Chacune d'elles place le praticien au cœur d'un système d'interaction. Avec le temps, ces formes de délégation évoluent dans leurs contenus.

2.2.1 La délégation de la société vers la profession médicale

Nous évoquons dans le titre de ce développement la délégation de la société vers la profession médicale pour indiquer que c'est à travers le pouvoir politique que la société exprime sa reconnaissance. Cette reconnaissance par la puissance publique est un processus qui accompagne l'évolution de la profession médicale. En ce sens, la production normative de la puissance publique est là pour actualiser la reconnaissance initiale en l'adaptant aux évolutions du contexte historique.

⁷² P. Aïach, D. Fassin, J. Saliba, *ibidem*.

⁷³ J. Terquem, *op. cit.*, p. 33.

Avant de développer notre réflexion, il convient de justifier l'usage indifférencié des notions de profession médicale et de corps médical. Ces deux notions désignent la même réalité sociale. Elles se distinguent dans leur composition par leurs origines historiques et culturelles⁷⁴. Leurs différences permettent de comprendre que la reconnaissance⁷⁵ de l'identité des acteurs collectifs s'exprime à travers des formes sociales et suivant des registres de légitimation variables à travers les époques. De sorte que la reconnaissance n'est pas seulement une perspective centrée sur l'individu. Elle pose plutôt la question des relations entre l'individuation et le collectif. Pour ce qui est des professions, cela se traduit par un accord entre la société et certains groupes sociaux pour leur attribuer une identité particulière en raison de la nature du travail. Cette reconnaissance s'établit dans le registre professionnel en mettant l'accent sur une compétence technique et spécialisée⁷⁶, et confère à ces groupes des prérogatives pour organiser collectivement l'exercice de leur métier.⁷⁷ Les significations liées à l'émergence du phénomène professionnel ne reposent pas seulement sur une distinction entre le profane et le sacré⁷⁸, elles supportent une structuration sociale à partir de la reconnaissance de l'identité particulière des acteurs collectifs⁷⁹. En adoptant ce point de vue, on considère le phénomène professionnel comme un fait social qui nous renvoie aux origines et aux modalités de construction des légitimités sociales. De sorte que la notion de corps médical, si elle reste plus ancrée dans la tradition culturelle française et européenne est, du point de vue de la signification, proche de la notion de profession car l'une et l'autre sont des catégories désignant des phénomènes sociaux qui s'inscrivent dans un continuum historique. Bien entendu, l'analogie de lecture que nous proposons ne signifie nullement que les réalités sociales que nous comparons aient connu des développements identiques. Simplement, nous remarquons que dans l'histoire des sociétés des groupes sociaux ont réussi à se constituer en acteur collectif sur la base d'une forme sociale de type communautaire centrée sur l'activité de travail. Ici nous parlerons de corps médical, là de profession médicale.

⁷⁴ C. Dubar, P. Tripier, *op. cit.*, chapitre 1.

⁷⁵ Nous faisons référence ici au texte de Charles Taylor, « La politique de la reconnaissance », dans *Multiculturalisme. Différence et démocratie*, Paris, Flammarion, 1997 ainsi qu'à l'ouvrage de Axel Honneth, *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Cerf, 2000.

⁷⁶ Voir sur ce point, T. Parsons, *op. cit.*, p. 197-198.

⁷⁷ Voir sur ces différents points, C. Dubar et P. Tripier, *Sociologie des professions, op. cit.*, chapitre 1.

⁷⁸ C. Dubar, P. Tripier, p. 33, en référence à la proposition Durkheimienne.

⁷⁹ Nous nous interrogeons sur le point de savoir s'il ne faudrait pas relier les contextes de civilisation à la pensée de certains auteurs. Durkheim exprime sa différenciation sacré / profane dans la France de la fin du dix-neuvième siècle. C. Taylor et A. Honneth, développant la leur à une époque où les analyses de l'individualisme posent, avec une acuité croissante, la question de l'individuation dans la construction des objets sociaux.

C'est ainsi que nous pouvons comprendre la portée de l'analyse fonctionnaliste du rôle de médecin⁸⁰ en la rattachant aux significations qui peuvent encadrer la fonctionnalisation des institutions⁸¹.

L'encadrement normatif de la profession médicale par la puissance publique

Depuis 1803, année où fut rétablie une filière sanctionnée par le titre de docteur en médecine, le pouvoir politique, que ce soit au moyen du pouvoir réglementaire ou du pouvoir législatif, est toujours intervenu pour accompagner l'institutionnalisation de la profession médicale. Nous pouvons mesurer cette reconnaissance dans plusieurs domaines.

Dans la réglementation des études médicales, les différentes réformes font l'objet d'une production juridique du parlement ou du gouvernement : décret du 9 juillet 1984 portant création d'une filière spécifique de « médecine générale » dans le troisième cycle des études médicales, par exemple.

La codification de la déontologie médicale fait elle aussi l'objet d'une production normative. Récemment encore, c'est une loi qui a fixé les dispositions relatives à la reconnaissance des droits des patients.

Cette codification juridique est une reconnaissance contribuant à une légitimation de la profession mais elle peut aussi être vécue par ses membres comme une tentative de réduction de leur autonomie professionnelle.

On peut remarquer que cette codification accompagne l'évolution de la profession médicale en épousant dans son dispositif juridique les contours de sa structuration interne. Par exemple, la médecine générale est très longtemps apparue comme le modèle de référence de la pratique médicale. Cela s'explique par le fait qu'elle n'a pas reçu de définition spécifique de la part de la profession et qu'elle n'a commencé à se singulariser que par rapport à l'émergence des spécialités⁸². La puissance publique n'est jamais intervenue pour préciser le flou qui entourait la définition de la compétence associée à la médecine générale. Elle en a reconnu la spécificité à deux reprises et dans des formulations qui n'impliquaient pas une qualification de la compétence. En 1945, elle apparaît dans les textes réglementaires régissant l'exercice de la médecine dans un cadre conventionnel (ordonnance de 1945), c'est-à-dire dans un contexte reliant la qualification des actes médicaux à la gestion du système de santé.

⁸⁰ C. Dubar, P. Tripier, *op. cit.*, p. 85-91.

⁸¹ J. Lagroye, *Sociologie politique*, Paris, Presses de Sciences-Po, p. 159-164.

⁸² M. Arliaud, *Les médecins*, Paris, La Découverte, 1987, p. 104.

Elle est mentionnée en tant que telle à l'occasion de la mise en place d'une filière spécifique de « médecine générale » dans le troisième cycle des études médicales⁸³ par le décret du 9 juillet 1984. Mais cette reconnaissance ne s'accompagne pas d'une qualification juridique de la compétence qui lui est attribuée parce que cette question est perçue comme relevant de l'autonomie de fonctionnement de la profession.

La reconnaissance pour la participation à la gestion du système de santé

La reconnaissance de la profession médicale par la puissance publique s'accomplit, de façon nouvelle en 1945, par son association à la gestion du système de santé dont les médecins demeurent les premiers ordonnateurs. Il s'agit d'une reconnaissance liée à la singularité du système de santé français. Sur ce point, il convient de noter que si initialement la reconnaissance allait à une profession relativement homogène dans sa composition, elle s'est progressivement adaptée à ses évolutions internes. Comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises, la profession médicale est devenue au cours du temps un univers de plus en plus segmenté tant du point de vue des pratiques médicales que de la représentation des intérêts des praticiens. À l'occasion des négociations de conventionnement, la reconnaissance des pouvoirs publics se réalise en direction de syndicats représentant une partie de la profession. À partir de 1984, le syndicat MG France, majoritaire chez les médecins généralistes, participe aux négociations au même titre que les confédérations CSMF et FMF. Au sein de chacune des confédérations ce sont souvent des syndicats représentatifs d'une activité particulière qui négocient directement avec les organismes de sécurité sociale ou le gouvernement. Reconnaissons aussi que les normes de gestion de l'assurance maladie accentuent cette tendance lorsqu'elles mettent en l'accent sur le coût de certains actes médicaux.

2.2.2 La délégation de la profession vers le médecin

L'autonomie reconnue à la profession médicale pour l'organisation de son fonctionnement interne implique une délégation du groupe professionnel vers l'acteur. Nous étudierons ce processus en partant de deux questions : Comment le groupe professionnel régit-il l'activité de chaque médecin ? De quelle façon se construit le sentiment d'appartenance professionnelle chez les médecins ?

⁸³ D. Broclain, « la médecine générale en crise ? », dans P. Aiach, D. Fassin (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos Economica, 1994, p. 131.

2.2.2.1 La régulation de la profession

La délégation de la profession vers le médecin se manifeste à travers le pouvoir de régulation confié au Conseil de l'Ordre des médecins.

Cette institution, créée en 1941, possède des prérogatives en matière d'organisation interne puisque chaque médecin doit y être inscrit pour pouvoir exercer sa profession. De plus, il est amené à statuer sur les demandes des médecins visant à faire reconnaître leur compétence sur des domaines spécifiques : l'acupuncture, l'allergologie, l'angéiologie, la radiologie échographique, la médecine légale, la gérontologie, la gynécologie, l'homéopathie, la médecine du sport, la mésothérapie, la pédiatrie, la phlébologie. Ce pouvoir de reconnaissance du Conseil de l'Ordre est une alternative pour les médecins qui ne possèdent pas un certificat de spécialité pour le domaine où ils entendent faire valoir leurs capacités. Nous ne savons pas dans quelles proportions cette procédure est utilisée mais il paraît difficilement concevable que celui qui en a besoin entretienne des relations conflictuelles avec cette institution. Le recours aux modes d'exercice particuliers est de plus en plus répandu parce qu'il constitue une possibilité de singularisation du médecin généraliste dans son univers professionnel.

En même temps, le Conseil est intervenu, à la fin des années 70, pour appuyer l'instauration du *numerus clausus* afin de réduire le rythme d'augmentation de la population médicale.

Conformément à une logique de construction professionnelle, cette instance veille à ce que les médecins exécutent leur rôle dans une parfaite adéquation entre la *licence* qui leur est accordée et le *mandate*⁸⁴ qui leur est confié. Ainsi, le Conseil a le pouvoir de vérifier si les médecins agissent dans leurs relations avec leurs patients et leurs confrères en respectant des règles de déontologie. L'exercice de ce contrôle nous conduit à formuler deux séries de remarques. Il s'inscrit principalement dans un registre éthique, c'est-à-dire qu'il implique une interprétation en fonction d'un système de valeurs transcendant à celui qui régit les pratiques médicales et variables suivant les pays. Ainsi, « à la différence des Anglo-Saxons, qui font plutôt passer la collectivité avant l'individu, en France c'est la personne qui prime au sein de la société »⁸⁵. Si nous prenons pour exemple, le traitement de la douleur, le code de déontologie dans sa dernière rédaction de 1995 (et quelques modifications en 1997) impose aux médecins une conception de la thérapie qui tienne davantage compte de la souffrance du

⁸⁴ Ces termes sont empruntés à E.C. Hughes, voir C. Dubar, P. Tripier, *op. cit.*, p. 104.

⁸⁵ B. Hoerni, « En principes », *Autrement*, n°161, 1996, p. 81.

patient. Le contrôle déontologique doit donc tenir compte des évolutions de l'éthique médicale même si cela n'a pas toujours été le cas dans l'histoire de cette institution.

Cette interprétation laisse une marge d'appréciation à ces auteurs, phénomène qui explique peut-être la place accordée à la régulation informelle des conflits avant la mise en place des procédures légales.

Les situations conflictuelles qui peuvent se présenter devant le Conseil de l'Ordre se répartissent en deux grandes catégories⁸⁶ : les conflits d'intérêt entre médecins et les infractions au code de déontologie qui peuvent donner lieu à la mise en place d'une procédure de comparution devant les instances du Conseil de l'Ordre.

Il convient de relativiser l'importance de la conflictualité assumée par le Conseil de l'Ordre en rappelant les évolutions récentes : il n'est pas interdit de s'interroger sur les limites de la régulation exercée par cette institution dans la congruence des enjeux où se trouve placée la médecine aujourd'hui⁸⁷ ; ce pouvoir de régulation du Conseil de l'Ordre semble également relativisé par le déplacement de la conflictualité impliquant des médecins sur le terrain de la mise en cause juridique⁸⁸.

Nous concluons par la formulation d'une remarque. Si nous considérons que le jugement que les médecins portent sur le Conseil de l'Ordre est un indicateur de leur sentiment d'appartenance à la profession, nous remarquons que, là aussi, il est difficile de ne pas constater une différenciation entre les opinions. Comme cela apparaît dans plusieurs études, la diversité des jugements dépend de l'âge, de la position dans la stratification symbolique de la profession et des convictions politiques. Un professeur de médecine retraité, conseiller municipal dans une grande ville de la communauté urbaine de Bordeaux déclare ainsi : « Le Conseil de l'Ordre pour le maintien de l'éthique est indispensable. Il est malheureusement un peu trop clément dans ses sanctions. Il a aussi un rôle important dans la conciliation entre médecins »⁸⁹. Une argumentation plutôt descriptive soutient ici un jugement nuancé.

Chez un médecin généraliste, militant et élu du Parti socialiste, âgé d'une quarantaine d'années, l'avis est plus tranché : « Le Conseil de l'Ordre s'est depuis longtemps discrédité. C'est un conseil de caste incapable de mettre de l'ordre dans la profession. Il pourrait constituer un outil intéressant dans la régulation de la profession, à condition que son fonctionnement soit plus démocratique »⁹⁰. Ces deux exemples ne résument pas l'éventail des

⁸⁶ S. Sanchez, « Les tribunaux de la médecine », *Autrement*, n°161, 1996, p. 179.

⁸⁷ B. Glorion, « L'ordre des médecins : quels pouvoirs ? », *Pouvoirs* n°89, 1999, p. 135-143.

⁸⁸ C. Mangué, « La responsabilité juridique du médecin », *Pouvoirs* n°89, 1999, p. 31-50.

⁸⁹ Entretien n°3.

⁹⁰ Entretien n°6.

nuances qu'une étude plus approfondie révélerait. Ils illustrent la lecture suivant laquelle sur ce point-là, comme sur beaucoup d'autres, il vaut mieux s'en tenir à l'hypothèse d'hétérogénéité du corps médical.

2.2.2.2 L'identification professionnelle des médecins

La contrepartie de la délégation qui s'opère entre la profession et les médecins réside dans la réception que ces derniers ont de cette délégation. Notre postulat recoupe en fait plusieurs questions. La première invite à se demander comment les médecins perçoivent la régulation qui leur est proposée dans le cadre de leur appartenance professionnelle. Sur ce point aussi il est difficile de parler d'homogénéité du corps médical.

La deuxième concerne la construction de leur sentiment d'appartenance professionnelle.

Peut-être convient-il de ne pas confondre deux aspects. D'un côté, il y a la genèse du sentiment d'appartenance professionnelle chez les médecins. Où se met-il en place ? Sur quelles bases se structure l'esprit communautaire ?

De l'autre côté, il faut se demander si l'appartenance professionnelle s'exprime toujours par le sentiment d'adhésion à une communauté. La segmentation croissante de la profession a-t-elle un effet sur le sentiment d'appartenance professionnelle des médecins ?

Le sentiment d'appartenance professionnelle des médecins est plutôt une tentative permanente de concilier la défense de l'individualité et l'identité collective.

La première étape du processus d'identification : le cursus de formation

Le titre de docteur en médecine nous sert de repère pour comprendre que l'entrée dans le rôle de médecin est un processus assez complexe. D'une part, il atteste que son détenteur a reçu une formation théorique et pratique qui lui confère un haut niveau de compétence technique et spécialisée⁹¹ selon la terminologie commune aux différents courants de la sociologie des professions. Selon nous, ce que le futur médecin intègre au cours de son cursus de formation ne peut être défini limitativement comme une compétence résultant de la détention des savoirs universitaires et des savoir-faire acquis au cours des stages. Le titre de docteur en médecine, signifie de ce point de vue, qu'il faut comprendre « la fabrication d'un médecin »⁹² comme un

⁹¹ T. Parsons, *Eléments pour une sociologie de l'action*, op. cit., p. 197–198.

⁹² Nous faisons référence, ici, au titre de la recherche de E-C. Hughes. Voir la présentation de C. Dubar et P. Tripier, op. cit., p. 101.

processus de socialisation secondaire⁹³ au cours de laquelle, l'étudiant s'insère dans une institution qui est à la fois un « sous-univers de signification »⁹⁴ où il peut s'approprier « des machineries conceptuelles comprenant un vocabulaire, des recettes (ou formules, propositions, procédures), un programme formalisé et un véritable univers symbolique véhiculant une conception du monde... construits en référence à un univers spécialisé d'activités. »⁹⁵ et un « monde social »⁹⁶ composé d'« une activité primaire... de sites...de technologies...d'organisations ». Cette phase de socialisation secondaire lui permet de mesurer le positionnement relatif des agents au sein de l'institution et d'en percevoir les effets sur le système d'interaction que constitue la division du travail au sein de la profession médicale et de l'institution médicale. Ainsi on a pu rattacher la « crise de la médecine générale » au manque de considération dont elle pouvait faire l'objet chez certains enseignants hospitaliers⁹⁷.

L'apport des travaux interactionnistes sur la profession médicale est d'avoir insisté sur l'importance de l'intériorisation par les étudiants en médecine d'une « culture médicale », de sorte que l'éducation qu'ils reçoivent est à la fois « un apprentissage, une initiation et une conversion »⁹⁸. Si l'étudiant en médecine doit être « initié au rôle médical et se convertir à la vision du monde et de soi qui *permet* la pratique de ce rôle »⁹⁹ cela signifie qu'il acquiert, au cours de sa formation, une compétence différente de celle constituant le résultat de cette formation. Un des éléments de cette compétence apparaît dans les processus de socialisation anticipatrice¹⁰⁰. C'est à partir de leur perception de la médecine générale, des différentes spécialités, du travail en milieu hospitalier que les étudiants bâtissent leur projet de carrière. Ils intègrent sur le mode implicite la segmentation de la profession médicale en choisissant sur le mode explicite une voie plutôt qu'une autre.

Les éléments de compétence qui résultent de la socialisation secondaire ne peuvent être analysés à partir des outils de qualification qui décrivent la nature de la compétence associée à l'identité professionnelle. La compétence de médecin, caractérisée par un haut degré de technicité et de spécialisation, peut être décomposée schématiquement en deux ensembles d'éléments. Le premier, est constitué par des savoirs théoriques transmis par l'institution

⁹³ P. Berger, T. Luckmann, *op. cit.*, p. 189.

⁹⁴ P. Berger, T. Luckmann, *op. cit.*, p. 119-120.

⁹⁵ C. Dubar, *La socialisation*, Paris, A. Colin, 1996, p. 102.

⁹⁶ A. Strauss, *La trame de la négociation*, *op. cit.*, p. 273.

⁹⁷ D. Broclain, « la médecine générale en crise ? », dans P. Aiach, D. Fassin (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, 1994, p. 138.

⁹⁸ C. Dubar, P. Tripiet, *op. cit.*, p. 101.

⁹⁹ C. Dubar, P. Tripiet, *op. cit.*, p. 101.

universitaire. Le second est composé des savoirs pratiques destinés à préparer le médecin à assumer l'aspect relationnel de son métier, une sorte de méthode de gestion du colloque singulier : interrogation du patient, observation des phénomènes pathologiques, diagnostic, traitement. De sorte que la compétence de médecin, telle qu'elle est définie par l'institution apparaît comme un cadrage clair et stable de l'activité. Cependant plusieurs éléments permettent de penser que cette représentation est un peu insuffisante. Les réformes successives des études médicales ont accentué la différenciation entre la médecine générale et la médecine de spécialité ce qui peut atténuer l'effet unificateur du diplôme¹⁰¹. Il se peut que les représentations des étudiants en médecine les incitent à privilégier un critère de spécialisation. Ainsi, il existe, de façon permanente, un discours sur l'inadéquation de la formation médicale à la pratique professionnelle. Le professeur Lucien Israël résume bien ce courant d'opinion lorsqu'il déclare : « Si cette formation est apparemment satisfaisante pour les médecins appelés à exercer dans des services de haute technicité, elle ne correspond pas à ce que les malades attendent d'un praticien de médecine générale. Une partie seulement de ces malades relèvent de la pathologie enseignée en faculté. Cette partie est variable selon les clientèles, mais il est rare qu'elle atteigne 50 %. Ce qui fait que rien n'a préparé le médecin à s'occuper de plus de la moitié de ses clients ! »¹⁰². De plus, les différentes réformes des études médicales de ces dernières années vont dans le sens de ce constat et tendent à répondre aux critiques que les médecins eux-mêmes formulent à propos de leur formation.

Il convient, donc, de nuancer la représentation de la définition institutionnelle de la compétence qui tend à la présenter comme claire et stabilisée là où l'histoire de la médecine prouve que cette réalité institutionnelle est soumise à redéfinition.

L'homogénéité par la référence à une communauté éthique

Le titre de docteur en médecine, dans la mesure où il acquiert le statut de diplôme professionnel après la prestation du serment d'Hippocrate, fournit une indication sur la définition institutionnelle de la compétence de médecin. En effet, les énoncés de ce serment, puisant leur signification dans un registre éthique, déterminent un cadrage à l'intérieur duquel le médecin peut et doit déployer sa compétence technique. L'éthique est sans doute le seul registre sur lequel les médecins puissent se retrouver dans un sentiment communautaire. C'est

¹⁰⁰ R-K. Merton, « Contributions to the theory of reference group behavior » (avec A. Kitt), trad. Par H. Mendras, *Éléments de théorie et de méthode sociologique*, Paris, Plon, 1965, p. 202-236.

¹⁰¹ J. Terquem, *op. cit.*, p. 54.

¹⁰² L. Israël, « Médecine, relation malade-médecin. Pour une réforme de la pensée médicale », *Encyclopedia Universalis*, 1997, p. 3.

en ce sens que l'on peut évoquer « le contrôle normatif sur la conduite des individus jusque dans leur hexis, leur manière de parler, de se comporter vis-à-vis des clients »¹⁰³. Nous retrouvons cette conception dans l'analyse fonctionnaliste de la profession médicale quand elle évoque « l'orientation vers la collectivité » qui « s'est constituée comme un ensemble d'anticipations quant au comportement et quant aux attitudes régulièrement institutionnalisées. »¹⁰⁴ L'intériorisation par les médecins de cette dimension éthique de leur compétence s'objective à travers des discours évoquant la rencontre du malade et du médecin comme la « rencontre d'une confiance et d'une conscience » ou la décrivant comme « un acte de foi. »¹⁰⁵ exprimant la réponse du patient à l'acte de *professio*¹⁰⁶ du médecin. Cette dimension éthique de la compétence de médecin permet aussi de comprendre que celui-ci a « la licence de dévier par rapport à la conduite profane dans ses actions et dans son mode de pensée pour tout ce qui concerne l'objet de sa profession »¹⁰⁷ même si cette « déviation institutionnalisée implique un certain effort pour parvenir à une définition claire des situations et des rôles »¹⁰⁸. Or cette « définition claire des situations et des rôles » réclame la mise en œuvre d'une compétence d'une nature autre que celle définie dans la construction professionnelle et qui constitue un registre de légitimation pour les membres d'une profession. Le titre de docteur en médecine, par l'association qu'il réalise entre le savoir instrumental et la dimension éthique, cristallise toute l'ambiguïté que supporte la définition de la compétence professionnelle. D'un côté, « la pratique de la profession repose sur un type de savoir auquel seuls les membres de la profession ont accès, en vertu de longues études et d'un long processus d'initiation et d'apprentissage dirigé par des maîtres qui appartiennent à la profession », de l'autre, « la nature du savoir qui sous-tend les avis des professionnels n'est pas toujours très claire ; il s'agit souvent d'un mélange de plusieurs types de savoirs pratiques et théoriques. »¹⁰⁹

Une perception de plus en plus différenciée de l'appartenance à la profession

Dans le questionnaire que nous avons proposé aux médecins la question suivante était posée : « Sur quels points vous semble-t-il exister une unité du monde médical ? » Parmi les réponses, nous avons noté la référence assez récurrente « au corporatisme d'intérêt » et à l'

¹⁰³ J. Lagroye, « On ne subit pas son rôle », art. cité, p. 10.

¹⁰⁴ T. Parsons, *Eléments pour une sociologie de l'action*, op. cit., p. 246.

¹⁰⁵ L. Israël, « Médecine- Relation malade-médecin », Encyclopedia Universalis, 1997.

¹⁰⁶ C. Dubar, P. Tripier, *Sociologie des professions*, op. cit., p. 22.

¹⁰⁷ E-C. Hughes, *Le regard sociologique*, Ed. de l'EHESS, Paris, 1996, p. 109.

¹⁰⁸ E-C. Hughes, op. cit., p. 109.

¹⁰⁹ E-C. Hughes, op. cit., p. 108.

« individualisme ». Or ces thématiques vont plus dans le sens de la fragmentation que dans celui de l'unité. Bien entendu, nous sommes là dans une généralité d'expression qui peut rattacher l'individualisme à l'exercice libéral de la médecine et à son corollaire, la concurrence économique. Mais, il peut aussi être question de l'individuation de l'acte thérapeutique. L'interprétation des réponses est aussi incertaine que les questions qui les appellent. Il semble néanmoins que nos analyses recoupent les lignes d'interprétation que nous avons rencontrées dans des études plus complètes¹¹⁰.

L'identification des médecins à leur communauté professionnelle s'appuie de façon partielle sur la conformité au modèle de la médecine généraliste. Cependant, l'évolution de la médecine accompagnant la recomposition de la profession médicale a suscité l'émergence de conceptions alternatives introduisant un enjeu de légitimation entre les différents acteurs de la profession. C'est dans ce cadre-là que nous discuterons ce que certains présentent comme la « crise » de la médecine générale.

La fin de l'identification par la conformité à un modèle professionnel

Cette codification institutionnelle du rôle de médecin contribue à entretenir l'idée qu'il existe une représentation du rôle de médecin applicable à l'ensemble de la profession. Or cette représentation insiste très largement sur la dimension « consultante » de la profession en accentuant l'importance des rôles exécutés dans le colloque singulier¹¹¹. Ainsi nous partageons le point de vue suivant lequel « une image de la relation médecin-malade a envahi l'ensemble de la profession médicale ; mais pour autant qu'on puisse lui faire correspondre un groupe de médecins dans son ensemble, c'est au modèle du médecin généraliste ou de son équivalent moderne, le médecin de famille, qu'elle s'accorde le mieux. »¹¹² Il ne fait pas de doute que cette « image de l'omnipraticien en visite »¹¹³ repose sur des réalités sociales. Comme le faisaient remarquer certains analystes de la profession médicale, la médecine générale ne fait pas l'objet d'une qualification spécifique, elle ne se définit aujourd'hui que par opposition à la médecine spécialiste¹¹⁴. De fait, la profession médicale a été, longtemps, majoritairement constituée de médecins généralistes puisque le rapport médecine généraliste /

¹¹⁰ Nous pensons à l'ouvrage réalisé sous la direction de Pierre Aïach et Didier Fassin sur les métiers de la santé auquel nous nous référons à plusieurs reprises et à celui intitulé *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français 1930-1980*, C. Herzlich, M. Bungener, G. Paicheler, M-C. Zuber.

¹¹¹ On retrouve cela dans l'analyse fonctionnaliste comme chez celle de Freidson lorsqu'il raisonne en terme de « profession consultante ».

¹¹² A. Strauss, cité par Freidson dans *La profession médicale*.

¹¹³ F. Muel-Dreyfus, art. cité, p. 71.

¹¹⁴ M. Arliaud, *Les médecins*, Paris, La Découverte, 1987, p. 104.

médecine de spécialité ne s'est inversée, à l'échelle nationale, qu'au cours de l'année 1999, même si cela était déjà le cas en Aquitaine dix ans auparavant. Cette image est d'autant mieux entretenue dans le sens commun que ce sont les généralistes qui rencontrent le plus de monde : « ils effectuent deux consultations de ville sur trois. En un mois, treize millions de personnes, soit plus d'un quart de la population, les consultent au moins une fois. »¹¹⁵ A ce titre, la construction sociale qui s'est réalisée autour du rôle de médecin s'est naturellement inspirée de ce qui était construit à propos du médecin généraliste. On pense notamment à tout ce que le potentiel sémantique de la notion de médecin de famille peut inclure de représentations de la connaissance et de l'action sociale des médecins.¹¹⁶ Cette espèce d'effet de métonymie qu'entretient la représentation de la médecine générale avec l'ensemble des représentations de la profession médicale agit aussi à l'intérieur de celle-ci.

La médecine générale « semble proposer un idéal aux autres médecins qui peuvent incorporer les éléments de cette représentation compatibles avec leurs propres conditions de travail dans une image de la relation médecin-malade particulière à leur propre segment. »¹¹⁷ Toutefois, ce statut symbolique de la médecine générale ne peut être considéré comme un invariant pour la période qui nous intéresse. En tant que modèle de comportement professionnel il n'est plus aussi dominant au sein de la profession. Sa présentation formelle ne peut faire oublier que dans la réalité, chaque généraliste « a une part active dans la construction de son objet de travail ».¹¹⁸ Celle-ci dépend des conceptions personnelles de chaque praticien, de l'idée qu'il se fait de la délégation qui lui est confiée. Elle découle aussi de la perception qu'il a de son milieu de vie. C'est de ce dernier que partent les demandes adressées à la médecine. Derrière le modèle incarné par la médecine générale, il y a la réalité sociale d'une pratique qui va déterminer le sentiment d'appartenance à la profession médicale. Au sein même de la médecine généraliste, les modalités d'identification à la communauté professionnelle sont elles aussi variables.

Nous adoptons donc la thèse suivant laquelle la médecine généraliste ne constitue plus la référence unique à travers laquelle les médecins construisent leur identification professionnelle.

L'identification à la profession médicale ne se joue plus sur la conformité à un modèle mais au contraire sur l'affirmation de la particularité de chacun de ses segments. Cette singularité

¹¹⁵ E. Galam, « Les généralistes fossiles ou précurseurs », *Autrement*, n°161, 1996, p. 12.

¹¹⁶ F. Muel-Dreyfus, *ibidem*.

¹¹⁷ A. Strauss, *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, 1996, p. 75-76.

¹¹⁸ I. Baszanger, « La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale », *Sociologie du travail*, n°3, 1983, p. 275-294.

s'exprime par le recours au registre de la technicité de l'acte médical qui trouve sa plus claire actualisation dans la médecine hospitalière et la médecine de spécialité. On peut d'ailleurs remarquer que ce registre s'indexe sur un mode de reconnaissance des identités professionnelles associant la compétence des individus à leur degré de spécialisation dans une tâche.

L'atténuation de l'identification par la communauté des intérêts

Le processus de différenciation s'est également traduit dans la représentation des intérêts. Nous avons remarqué que, jusqu'en 1960, c'est la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) qui a assuré seule la représentation des intérêts de la profession. Progressivement, chacune de ses composantes prendra de plus en plus d'autonomie pour aboutir, en 1986, à la création d'un syndicat représentant la médecine généraliste (MG-France). Le fractionnement progressif dans la représentation des intérêts de cette profession s'explique par la multiplicité des enjeux qui se sont construits par rapport aux modalités de gestion du système de l'assurance maladie. Nous pensons, par exemple, à l'institution en 1980 d'un double conventionnement ou à la proposition du syndicat MG-France demandant d'instituer un médecin référent.

Plus généralement, la pratique des conventionnements séparés encourage la tendance à la segmentation. Même parmi les spécialistes, certains secteurs seront conduits à négocier directement avec le gouvernement¹¹⁹ Ainsi, en examinant les modalités suivant lesquelles les médecins défendent leurs intérêts, il n'est pas difficile de percevoir l'atomisation du syndicalisme médical, associé à un taux assez faible de syndicalisation, particulièrement en France.¹²⁰ Avec cet éclatement de la représentation des intérêts, l'engagement des médecins croît en fonction du degré de spécialisation de l'organisation à laquelle ils appartiennent. Plus le syndicat est spécialisé, plus le taux de syndicalisation est élevé¹²¹.

Sur le terrain de la représentation des intérêts, il est difficile aujourd'hui d'assimiler l'appartenance professionnelle à un sentiment d'identité communautaire. La segmentation de la profession médicale observée par Anselm Strauss concerne autant la diversification des acteurs que la différenciation des modes d'identification à la profession.

¹¹⁹ M. Arliaud, M. Robelet, « Réformes du système de santé et devenir du *corps médical* », *Sociologie du travail*, n°1, volume 42, janvier / mars 2000, p. 104-106.

¹²⁰ Voir sur ce point la comparaison Etats-Unis / France, établie par D. Wilsford, *Doctors and the state in France. The politics of Health in France and in the U.S.A.*, Durham, Duke University Press, 1991.

¹²¹ Nous reprenons ici les conclusions de D. Wilsford.

Elle semble confirmée par un ultime constat. Relativement à ce qu'il est convenu d'appeler la « crise de la médecine »¹²², réalité sociale complexe et difficile à analyser, nous montrerons que les médecins ne partagent pas la même représentation de la reconnaissance que leur profession obtient de la société. Si « les institutions sont incorporées dans l'expérience individuelle au moyen des rôles », le rôle de médecin est vécu par une partie des membres de cette profession dans un sentiment relatif d'insécurité ontologique¹²³. Cette relativité s'explique par le fait que tous les médecins ne vivent pas de la même façon leur appartenance à la profession. L'insécurité ontologique qui concerne le sentiment d'identité chez certains médecins découle aussi du cadre d'expérience dans lequel ils sont conduits à exercer leur métier.

Les propriétés de ce cadre varient dans le sens d'une augmentation de ses contraintes d'exercice. L'intention thérapeutique est replacée dans une série d'objectifs qui complexifient la tâche des médecins et remet partiellement en question leur autonomie. L'imposition des références médicales opposables (RMO) dans une perspective de réduction des dépenses de santé, même si elles ont eu peu d'impact sur la réduction des dépenses¹²⁴, apparaît comme une limitation de l'autonomie professionnelle.

Dans un autre domaine, les médecins exerçant en milieu hospitalier se trouvent aujourd'hui dans l'obligation d'intégrer dans leur pratique professionnelle les nouvelles normes concernant l'information des malades considérés comme des usagers des services publics hospitaliers¹²⁵. En cas de contentieux juridique, ils doivent apporter la preuve qu'ils ont réalisé ce travail d'information.

La notion de qualité des soins, appliquée au fonctionnement des services hospitaliers, « repose sur l'élaboration de nouvelles méthodes et techniques normatives qui, visant à encadrer les comportements professionnels, affectent les intérêts, les modes d'organisation, les valeurs des divers acteurs liés au système. »¹²⁶

¹²² P. Aiach, D. Fassin, J. Saliba, « Crise, pouvoir et légitimité », dans P. Aiach, D. Fassin (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, 1994, p. 9-42.

¹²³ Nous utilisons la notion d'insécurité ontologique par référence à celle de sécurité ontologique de A. Giddens. Elle entend signifier le doute dans lequel se trouve une partie des médecins généralistes relativement à leur identité et à son devenir dans l'institution. Voir, par exemple, le besoin de « reconnaissance morale » exprimé par le représentant d'un syndicat de médecins dans la *Dépêche du Midi* du 13 juillet 2001.

¹²⁴ M. Arliaud, M. Robelet, « Réformes du système de santé et devenir du *corps médical* », *Sociologie du travail*, n°1, volume 42, janvier / mars 2000, p. 102.

¹²⁵ L. Amar, E. Minvielle, « L'action publique en faveur de l'utilisateur : de la dynamique institutionnelle aux pratiques quotidiennes de travail. Le cas de l'obligation d'informer le malade », *Sociologie du travail*, n°42, janvier / mars 2000, p. 69-89.

¹²⁶ M. Setbon, « La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ? », *Sociologie du travail*, n°42, janvier / mars 2000, p. 51-88.

Par ces exemples, nous entendons montrer que l'incertitude partielle et provisoire à travers laquelle certains médecins peuvent concevoir leur rôle professionnel est étroitement liée à l'évolution de leur contexte de travail. De ce point de vue, chaque segment professionnel peut entrer dans cette position suivant des modalités qui lui sont spécifiques.

Dans une seconde lecture, nous consacrerons notre réflexion à ce qui est qualifié parfois de « crise de la médecine générale », plus judicieusement présenté sur le mode interrogatif¹²⁷. D'un point de vue plus général, cet exemple est peut être l'occasion de s'interroger sur l'engagement d'un groupe social dans une lutte pour la reconnaissance¹²⁸ qui a pour objet de rétablir sa position dans l'espace professionnel et d'affirmer son identité dans l'espace social.

Le registre de l'identité blessée

La justification de ce besoin de reconnaissance repose sur un sentiment « d'insécurité ontologique » chez les médecins généralistes. Ce phénomène peut être mesuré à partir d'un certain nombre d'éléments. Lorsque, par exemple, il est fait référence à un sondage dans lequel il apparaît que 56 % des médecins généralistes souhaitent se reconverter ou que « seuls 16 % d'entre eux apprécieraient que leurs enfants suivent la même voie professionnelle qu'eux. »¹²⁹ Une partie des médecins généralistes entretient un sentiment de déception par rapport à ce que pouvaient être ses ambitions initiales.

Ce point de vue est confirmé par une série d'enquêtes effectuées par la revue professionnelle *Le Généraliste* entre 1976 et 1990. Mais, si « 68 % des médecins généralistes interrogés (contre 54 % des hospitaliers et 47 % des spécialistes libéraux) considéraient que l'image de leur sous-groupe professionnel s'était dégradée dans l'esprit du public au cours des années quatre-vingts. Parallèlement, près de quatre français sur cinq considéraient, au contraire, que l'image du médecin de famille s'était améliorée (37 %) ou bien n'avait pas changé (40%) »¹³⁰. Cette tendance apparaît dans nos entretiens avec des nuances qui peuvent s'expliquer par des facteurs d'âge, de nature de l'activité, et de personnalité. Un généraliste peut constater que son activité prend parfois la tournure d'une « prestation de service » tout en précisant plus loin que c'est « le médecin qui fait sa clientèle ».

¹²⁷ D. Broclain, « La médecine générale en crise ? », dans P. Aiach, D. Fassin (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, 1994, p. 121-160.

¹²⁸ Nous reprenons ici le titre de l'ouvrage d'Axel Honneth. Sa réflexion a inspiré notre démarche sur cette question mais son influence s'est également fait sentir, d'un point de vue plus général, dans la définition des termes de l'engagement de thèse.

¹²⁹ E. Galam, « Les généralistes fossiles ou précurseurs ? », *Autrement* n°161, 1996, p. 11.

C'est-à-dire que si nous pouvons admettre qu'une partie de la profession médicale, principalement la médecine généraliste, relie son identification à un sentiment d'insécurité ontologique, cela se fait suivant une diversité de registres. Tantôt, l'accent sera mis sur une dégradation du revenu résultant d'une plus forte concurrence, tantôt, il sera fait référence à la dévalorisation de l'acte intellectuel de diagnostic au profit de l'acte technique¹³¹.

Ce sentiment, un peu diffus, est le point de convergence d'un ensemble de phénomènes. Il peut résulter, en premier lieu, des difficultés des généralistes à s'identifier « à un corps médical représenté par les mandarins hospitaliers »¹³² alors que précisément ils constituaient pendant très longtemps la « figure emblématique » de la profession. En second lieu, il peut aussi être interprété comme une conséquence de l'effet de position induit par les transformations des études médicales et la recomposition de la profession qu'elles ont engendrée. En ce sens, « les généralistes sont considérés comme ceux qui n'ont pas réussi à être des spécialistes. »¹³³ Le constat appliqué, ici, aux généralistes incite à penser qu'il faut relier ce phénomène à l'univers des significations légitimes qui dominent dans une société. Parmi celles-ci, figure la valorisation de la compétence qualifiée de spécialisée par rapport à une compétence qualifiée de générale. Ainsi, « la médecine non spécialisée est encore ressentie comme trop vague. Elle devient « générale » et pourrait en fait être qualifiée de *résiduelle* : la médecine générale serait ainsi ce qui reste à un moment donné, après épuisement des spécialités. On comprend que cette conception lui donne un caractère d'arrière-garde, voire d'infériorité »¹³⁴. En réponse à cette crise le directeur de l'INSERM, P. Lazar propose une reconversion d'une partie de la profession médicale qui concernerait « la grande majorité si ce n'est la totalité des médecins généralistes »¹³⁵.

Ce type de proposition explique que face « aux spécialités triomphantes » la médecine générale éprouve le besoin de « se repositionner par rapport à elles »¹³⁶.

Ce sentiment d'insécurité ontologique semble accentué par le trouble résultant de la juxtaposition de ces représentations et de la volonté toujours affirmée de faire du médecin généraliste « le pivot-du-système-de-santé... tout en lui refusant la moindre spécificité »¹³⁷

¹³⁰ D. Broclain, *op. cit.*, p. 135. Pour une information plus précise sur ce point, on peut consulter en annexe de l'article précité la liste des enquêtes effectuées par les revues professionnelles sur ces questions.

¹³¹ D. Broclain, *op. cit.*, p. 138.

¹³² E. Galam, art. cité, p. 16.

¹³³ E. Galam, art. cité, p. 13.

¹³⁴ E. Galam, art. cité, p. 13.

¹³⁵ D. Broclain, *op. cit.*, p. 124.

¹³⁶ E. Galam, art. cité, p. 14.

¹³⁷ E. Galam, art. cité, p. 10.

dans la mesure où l'on sait que « chaque fois que cinq actes médicaux sont réalisés en France, trois d'entre eux le sont par des médecins généralistes. »¹³⁸

En se basant sur différentes études¹³⁹ consacrées à la situation matérielle des médecins généralistes, il est possible d'opposer deux périodes : celle qui va de 59 à 75, pendant laquelle elle demeure satisfaisante en raison d'une augmentation régulière du pouvoir d'achat ; celle qui commence autour des années 75-77 et qui pourrait s'achever autour de 2005, où ce pouvoir d'achat, pris globalement, diminue, stagne ou croît faiblement.

La première limite qui doit être apportée à ce constat est liée à la prise en compte de « disparités importantes dont les facteurs les plus étudiés sont l'âge, le sexe et le lieu d'exercice du praticien. »¹⁴⁰ La seconde s'explique par le fait que depuis la fin des années 80, la mise en place d'un *numerus clausus* plus restrictif risque d'avoir pour effet un ralentissement de la croissance du nombre de médecins, qui, reliée à un facteur générationnel, pourrait contribuer à une amélioration de la situation matérielle globale des médecins généralistes. Mais cela sera aussi fonction de la répartition entre les différents secteurs de la profession.

Il n'en est pas moins vrai que ce sentiment diffus d'incertitude relatif à la condition professionnelle chez les médecins généralistes est à la base d'un processus de demande de reconnaissance qui a abouti à un mouvement de « réidentification de la médecine générale »¹⁴¹.

Les étapes d'une lutte pour la reconnaissance

L'affirmation de l'identité généraliste s'est constituée par la mise en place d'organismes visant à singulariser sa compétence dans l'univers professionnel de la médecine.

Depuis la création en 1973 de la Société française de médecine générale, cette partie de la profession s'est dotée d'instances pouvant la représenter au sein de l'institution, constituant ainsi sa position par rapport aux autres secteurs de la médecine. On peut évoquer ainsi la création de la Société pour la Formation Thérapeutique du Généraliste en 1977, celle du Collège National des Généralistes Enseignants en 1982, et celle de l'Institut de Recherches en Médecine Générale en 1993. L'aboutissement de cette évolution se traduit par la constitution en 1994 de la Conférence permanente de la médecine générale regroupant huit associations

¹³⁸ J-L. Gallais, « Médecins à tout faire », *Autrement*, n°161, 1996, p. 109.

¹³⁹ D. Broclain, *op. cit.*, p. 146-147.

¹⁴⁰ D. Broclain, *op. cit.*, p. 148.

¹⁴¹ A. Hercek, « Histoire d'une renaissance », *Autrement*, n°161, 1996, p. 126.

nationales de formation ou de recherche¹⁴² dont l'objectif est de « rassembler la communauté généraliste dans un espace d'échange et de production, afin de *restituer* à la médecine générale *sa place légitime* dans la communauté médicale nationale et internationale. »¹⁴³

En matière de formation continue, même si les généralistes ont eu une action déterminante dans la création de l'UNAFORMEC en 1978, ils ont été conduits à créer leur propre association en 1989 (MG-FORM) en réaction à la concurrence croissante qui avait pu naître entre les différentes composantes de la profession médicale sur cette activité.

Nous avons déjà mentionné la création en 1986 du syndicat MG-France et la reconnaissance plus tardive dont il a fait l'objet.

Le travail de qualification de la compétence

Cette reconnaissance s'appuie sur un effort de qualification de la compétence associée au rôle de médecin généraliste. On citera deux initiatives dans ce domaine. La première concerne la rédaction, par le collège national des généralistes enseignants, du premier Traité de médecine générale qui permet de conforter la place de celle-ci dans l'enseignement universitaire. La seconde, est la réalisation du Dictionnaire de médecine générale, qui demeure une entreprise originale par ses objectifs et sa méthode. Parmi les premiers, le plus important est sans doute celui de fournir aux généralistes un langage commun en matière de diagnostic. La méthode suivie repose sur un principe d'échange entre l'expérimentation des termes effectuée par des généralistes et un pôle chargé du traitement des données et de la définition de ce langage.

Le travail de qualification réalisé constitue un élément de reconnaissance « d'une véritable expertise généraliste, source d'un savoir adapté. »¹⁴⁴ permettant de marquer la spécificité de la médecine générale en la situant dans la légitimité de la spécialisation, renforçant la valeur de ce registre dans la construction intersubjective du système de légitimation des qualifications professionnelles. S'il n'y a « de médecine dite générale que dans un système marqué par le développement de la spécialisation »¹⁴⁵ le meilleur moyen d'imposer sa compétence est d'en indexer la définition sur les critères de qualification légitimes.

Or, on peut voir une contradiction dans la spécialisation de la médecine générale. Il n'y a là qu'une simple apparence qui éclaire cependant les enjeux que recouvre la qualification de la compétence. Qualifier la médecine générale de spécifique, lui conférer un statut

¹⁴² A. Hercek, art. cité, p. 124.

¹⁴³ E. Galam, art. cité, p. 22.

¹⁴⁴ E. Galam, art. cité, p. 20.

¹⁴⁵ M. Arliaud, *Les médecins*, Paris, La Découverte, 1987, p. 104.

d'enseignement universitaire proche de celui des spécialités, c'est rappeler que la qualification de la compétence est une affaire de position. Constituer un domaine de définition de cette compétence dans lequel on puisse reconnaître les activités du médecin généraliste, c'est ouvrir un univers de justification déterminant l'utilité du rôle. Le travail de qualification qui a été accompli sur la compétence associée au rôle de médecin généraliste illustre le processus par lequel la compétence est un objet construit dans l'intersubjectivité dans une visée objectivante lorsque cette construction s'exprime dans un processus de lutte pour la reconnaissance.

La demande de reconnaissance formulée par les médecins généralistes a reçu des éléments de réponse que nous indiquerons brièvement.

Le fait que la CNAM intervienne en 1990, dans le cadre d'une convention signée avec les syndicats médicaux représentatifs, pour indemniser les médecins des pertes financières que peuvent occasionner les journées consacrées à la formation est une forme de reconnaissance implicite de l'action développée par des médecins généralistes. Près de 50 % des fonds qui lui étaient dévolus provenaient de l'Etat et de la C.N.A.M, l'autre moitié représentait la participation financière des médecins. Dans le domaine de la formation continue, l'affirmation identitaire de la médecine générale s'est accentuée avec la création de MG-FORM, en 1989, permettant de conserver une autonomie de gestion dans ce secteur particulier et la plaçant de fait en concurrence avec les structures de formation non-syndicales (UNAFORMEC) et les structures universitaires mises en place.

La reconnaissance de la médecine générale est concrétisée par la réforme des études médicales (loi du 23 décembre 1982) qui établit sa spécificité en instituant une formation de médecine générale, sous la forme d'un troisième cycle complémentaire de deux ans après les études médicales de base. En 1989, la qualification de médecine générale peut figurer sur le diplôme de docteur en médecine. La filière universitaire de médecine générale ne prend son essor qu'à partir de 1991 avec la nomination des premiers généralistes, professeurs et maîtres de conférence associés de médecine générale.

La reconnaissance officielle de l'enseignement de médecine générale s'exprime aussi à travers l'institution des emplois de maîtres de conférence associés des universités ou de professeurs associés des universités en médecine générale en 1991.

2.2.3 Délégation du patient vers le médecin : les limites d'une représentation en termes de colloque singulier

Notre questionnaire comprenait l'interrogation suivante : « Sur quels points vous semble-t-il exister une unité du monde médical ? ». Les réponses les plus nombreuses ont utilisé le registre relatif à l'identité de la profession avec des énoncés du type : « trop d'individualisme », « corporatisme d'intérêt », « le mal vivre de la profession » etc. Sur bien des points, ces réponses vont dans le sens des conclusions émises à la suite des enquêtes effectuées sur le corps médical notamment celles qui associent la « crise » de la médecine au « malaise » de la profession¹⁴⁶. Toutefois, notre circonspection vient du fait que très peu de médecins ont indexé leur représentation de l'unité du monde médical sur la nature de leur mission. En continuité du discours évoqué, un peu plus haut, nous aurions pu rencontrer un énoncé du type « amour de son métier et le devoir auprès des malades afin d'assurer leur guérison »¹⁴⁷ de façon plus régulière. Il faut cependant rester prudent dans les interprétations que l'on peut produire à ce sujet. L'énoncé de la question ouvre un éventail de réponses qui rend cette tâche délicate. Cette remarque nous interpelle sur l'intériorisation par les médecins de la conception suivant laquelle « ils ont seuls en charge le seul bien et la seule réalité qui comptent vraiment : le maintien de la santé et de la vie... fidèles au serment d'Hippocrate qu'ils ont prêté. »¹⁴⁸ Cette présentation éthique du colloque singulier, assimilée plus couramment à « la rencontre d'une confiance avec une conscience », contribue à la formulation d'une représentation typifiée des rencontres entre les médecins et leurs patients. L'analyse parsonienne lorsqu'elle aboutit à une mise en équivalence entre le rôle social de médecin et celui de patient conforte les traits de cette représentation.

Notre point de vue vise à montrer la relativité de cette représentation en mettant en évidence la diversité des situations de rencontre à finalité thérapeutique dans lesquelles les agents expriment une demande soin.

Le colloque singulier n'est qu'une des situations de co-présence où entre le patient lorsqu'il s'engage dans une démarche de soin.

À partir d'une demande de soin, les patients peuvent être en contact avec d'autres acteurs que les médecins : personnels infirmiers, professions para-médicales. En milieu hospitalier, la trajectoire de soin va conduire le patient à rencontrer plusieurs catégories de personnels

¹⁴⁶ Nous renvoyons ici à ce qui est dit plus haut sur cette question.

¹⁴⁷ Réponse à la question formulée par le seul médecin s'étant appuyé sur ce registre.

¹⁴⁸ J. Terquem, *op. cit.*, p. 8.

médicaux dont des médecins. Il faut aussi remarquer que les contextes de rencontre entre les médecins et leurs patients ont évolué de façon significative puisque les visites qui constituaient 45 % des actes médicaux en 1962 ne représentent plus que 28,5 % en 1993¹⁴⁹. En additionnant cette évolution à celle du recours plus fréquent au milieu hospitalier, il n'est pas interdit de penser que « les conditions sociales du rapport à l'intimité ne sont plus les mêmes »¹⁵⁰. Ce constat n'est pas seulement lié à la croissance de la médecine de spécialité puisque les généralistes assurent 98 % des visites à domicile¹⁵¹. La consultation au cabinet du médecin est devenue le contexte le plus régulier dans lequel s'établissent les relations entre les médecins et leurs patients.

Si le colloque singulier est conçu comme une situation d'expérience sociale pour les acteurs qui s'y engagent, il convient d'éviter le risque d'une focalisation sur la visée thérapeutique résultant peut-être d'une intériorisation du postulat fonctionnaliste. Par sa nature de situation sociale, le colloque singulier est soumis à évolution. Plusieurs arguments peuvent étayer ce point de vue.

L'engagement du médecin et du patient dans l'interaction thérapeutique fait intervenir les conceptions que chacun d'eux peut avoir de son rôle. Tous les médecins n'ont pas des pratiques uniformes des approches socio-clinique et anatomo-clinique. Chaque patient ne s'engage pas dans une demande de soin selon une conception unique de la santé ou du rapport au corps. Il est possible de relier ces représentations à des origines religieuses¹⁵². Comment pourrait-on négliger l'influence des conditions sociales sur les relations que les individus entretiennent avec l'institution médicale quand on sait, par exemple, que les populations en situation de misère entretiennent un rapport de plus en plus distant avec la santé ?

En tout état de cause, le colloque singulier engage ses acteurs dans une visée thérapeutique commune mais les ajustements pratiques qui s'y produisent reposent sur des fondements signifiants de nature sociale.

Il a souvent été présenté à travers la dissymétrie des positions de médecin et de patient. La distance sociale repose sur l'autorité attribuée au médecin. Les conduites des patients sont en partie liées « à la manière dont les individus ont appris à se positionner par rapport à l'autorité »¹⁵³. Pourtant, pouvons-nous dire aujourd'hui que cette distance est vécue sur un mode identique avec toutes les catégories de médecin et par des individus appartenant à des

¹⁴⁹ S. Sandier, « Le corps médical généraliste en examen », *Autrement*, n°161, 1996, p. 166.

¹⁵⁰ F. Muel-Dreyfus, *ibidem*.

¹⁵¹ S. Sandier, *ibidem*.

¹⁵² S. Fainzang, *Médicaments et société*, Paris, PUF, 2001.

¹⁵³ S. Fainzang, *op. cit.*, p. 145.

classes sociales différentes ? Cela semble difficile. Le colloque singulier ne met pas entre parenthèses la différenciation sociale qui caractérise la profession médicale autant que la société. La diversité des inscriptions dans le colloque singulier peut aussi faire intervenir des facteurs générationnels ou spatiaux. Elle s'établit dans le prolongement du système de légitimation qui organise la distribution des positions d'autorité dans la société. Ainsi, l'application du registre professionnel à l'univers de la médecine développe aujourd'hui tous ses effets. Au cours des entretiens et dans certaines enquêtes, des médecins associent leur sentiment de dépréciation symbolique au fait qu'ils ont conscience d'être perçus comme des « prestataires de service ». C'est un point de vue qui peut paraître un peu anachronique parce que l'un des principes de la logique professionnelle est de mettre face à face un professionnel et un client pour la fourniture d'un service. Ce que certains médecins analysent comme la dévalorisation de leur profession correspond aussi à l'expression sociale du registre professionnel dans toute sa plénitude. La dimension socio-économique de la relation médecin / patient intervient en atténuation de la distance symbolique. La soumission des actes médicaux au contentieux juridique s'inscrit dans cette logique. On sait qu'« aujourd'hui, sur une carrière de trente cinq ans, un médecin sur deux peut être mis en cause ; il y a dix ans, c'était un médecin sur trois ».¹⁵⁴ Dans le prolongement de ce qui s'est produit aux Etats-Unis, il y a quelques années, les médecins obstétriciens français sont soumis à des primes d'assurance très élevées en raison des risques de contentieux juridique auquel leur activité peut donner lieu. Dans le domaine des significations disponibles à la compétence des agents s'inscrit la représentation suivant laquelle la responsabilité médicale peut être mise en jeu et que de ce fait elle n'est pas toujours indiscutable. Bien entendu, chaque individu reçoit et interprète cette représentation selon ses conceptions et ses contextes de vie.

Nous rappellerons enfin que le cadrage normatif visant à faire respecter les droits des patients est un facteur pouvant accentuer la réduction de la distance sociale entre les agents engagés dans une situation à visée thérapeutique notamment en milieu hospitalier comme il a été dit précédemment.

Cette présentation ne doit pas faire oublier que la relation entre le médecin et son patient est aussi imprégnée d'affect comme en témoigne le commentaire suivant : «le pouvoir du patient réside dans son choix et dans la possibilité de te quitter. Celui du médecin, dans la décision qu'il prend... en accord avec le malade. La fameuse phrase *la rencontre d'une confiance avec une conscience* reste et restera toujours vraie. Sur le plan narcissique ce n'est pas neutre. Être quitté par un client est toujours désagréable. On se dit qu'on n'a pas été bon, l'image que le

¹⁵⁴ C. Maugué , « La responsabilité juridique du médecin , *Pouvoirs* n°89, 1999, p. 42.

médecin a de lui-même en prend un coup. C'est si important que je vis de l'image que me renvoient les patients, disons les clients, ma carrière en dépend »¹⁵⁵. La réduction de la distance sociale exprimée dans certains contextes ne tend-elle pas à accentuer cette dimension de la relation ? Certes, il faut garder en mémoire que la diversité des rencontres entre médecins et patients ne permet pas de dégager un modèle d'analyse général. Néanmoins, il n'est pas interdit de penser que dans le cas du médecin généraliste qui entretient une relation suivie avec sa clientèle cette part d'affect a plus de chance de se développer. Sur ce point, la densification de la profession exerce peut-être un effet ambigu. On sait, par exemple, qu'en 1988, 85 % des Français peuvent consulter un médecin dans leur propre commune (82,9 % en 1980). De même, 78 % ont le choix entre plusieurs médecins dans leur commune contre 74 % en 1980¹⁵⁶. Cette commodité d'accès à la profession médicale, exprimée parfois en terme de « banalisation », peut encourager chez les patients une forme de désacralisation de la profession médicale. Mais en même temps, la réalité d'une plus forte concurrence est un facteur susceptible de favoriser l'influence de la représentation que le patient a de la personnalité du médecin.

Cet aspect est pour nous important dans la perspective de l'éligibilité des médecins. Nous verrons ainsi que l'exercice du rôle professionnel initie un processus de reconnaissance qui porte autant sur la compétence attribuée au médecin que sur sa personnalité.

Nous avons essayé de montrer dans notre réflexion qu'une représentation formelle du rôle de médecin, notamment à partir des formes institutionnelles de délégation, n'est pas suffisante pour rendre compte des évolutions qu'a connues la réalité sociale que nous nous proposons d'observer. Si la profession médicale apparaît « hétérogène dans ses formations, ses pratiques, ses intérêts et ses contraintes »¹⁵⁷, il semble difficile d'envisager l'éligibilité des médecins élus locaux, qui n'occupent pas tous la même position au sein de leur profession, sans tenir compte de ces éléments. Cette diversité nous invite à observer avec plus d'attention les contextes d'exercice professionnel en tant qu'ils sont producteurs d'espaces de reconnaissance.

¹⁵⁵ D. Monchicourt, *Autrement*, n° 68, mars 1985.

¹⁵⁶ J. Terquem, *op. cit.*, p. 34.

¹⁵⁷ J-L Gallais, « Médecins à tout faire », *Autrement* n°161, 1996, p. 108.

2.3 Les formes de compétence associées au rôle de médecin

Il n'est pas dans notre propos de développer ici une théorie exhaustive de la compétence associée au rôle de médecin. En la prenant pour objet d'étude, nous la relierons à la question de la reconnaissance de l'identité du médecin. Plus couramment, il est possible de la concevoir comme la mise en œuvre d'un savoir professionnel produit d'un cursus de formation. Sa qualification contribue à la différenciation professionnelle. Si nous nous référons à l'ensemble des modèles étiologiques et thérapeutiques qui sont susceptibles de pénétrer la conscience pratique des médecins, nous constatons une grande diversité. De plus, ces modèles « n'existent pas dans la réalité à l'état pur. Ce qui existe en revanche, ce sont des situations de juxtaposition et d'interprétation. Ce sont des échanges et des processus de transformation. D'une part, la médecine d'une société, et tout particulièrement de notre société, est loin d'être monolithique. D'autre part et surtout, plusieurs lignes de force sont susceptibles de traverser un même modèle, une variante donnée d'un même modèle, voire la démarche d'un même chercheur ou d'un même praticien »¹⁵⁸. Il faut plutôt comprendre la pratique de chaque praticien dans le sens d'un *pluralisme étiologique et thérapeutique* »¹⁵⁹.

Ces précisions étant apportées, quelle peut être la visée d'une réflexion sur la compétence associée au rôle de médecin dans notre problématique de recherche ? Deux axes de compréhension peuvent être dégagés : suivant le premier, l'étude de cette compétence permet d'éclairer l'écart entre la représentation typifiée du rôle et la réalité d'une diversité de pratiques et de conceptions exprimant l'hétérogénéité du corps médical. Comme tous les rôles professionnels, le rôle de médecin se construit relativement aux différents contextes dans lesquels il s'exécute. Avec le second, nous tenterons d'identifier les éléments qui permettent de relier cette compétence à l'éligibilité des médecins. Pour tendre vers ces objectifs dans une certaine justesse de vue, il convient de préciser les contraintes qui enserrant notre démarche. La première est d'ordre théorique. L'étude de la compétence des agents, conduit à se référer à deux familles d'éléments : ceux qui sont vérifiables sur le terrain empirique et ceux pour lesquels nous demeurons dans l'incertitude. Les registres de qualification qui présentent la compétence sont objectivables. Mais il est difficile de vérifier avec exactitude les modalités suivant lesquelles les agents interprètent ces registres et comment ils s'y ajustent. Ces registres ne sont pas absents dans l'appréciation que les patients font de cette compétence. Sur ces points, notre démarche reste dans le domaine de l'interprétation et prolonge

¹⁵⁸ F. Laplantine, *Anthropologie de la maladie*, Paris, Bibliothèque scientifique Payot, 1992, p. 299.

¹⁵⁹ F. Laplantine, *op. cit.*, p. 300.

l'interrogation sur la notion d'attente constitutive du rôle¹⁶⁰. Les attentes des patients résultent selon nous de ce que nous avons signalé précédemment, mais aussi de leur contexte social, biographique, bref d'éléments subjectifs que nous ne pouvons identifier en restant dans une démarche d'objectivation. C'est pourquoi, nous aurons recours à une présentation en termes de lectures que nous relierons à des éléments factuels pour en éclairer la pertinence.

2.3.1 Le registre de l'objectivation au service de la légitimation des acteurs

Le recours à une lecture en terme d'objectivation permet d'aborder plusieurs aspects de cette dimension.

En premier lieu, la pratique médicale est étroitement liée, surtout depuis la fin du dix-neuvième siècle, à un substrat scientifique. En ce sens là, la médecine se donne à voir comme une science de l'objectivation qui intègre, en tant que pratique professionnelle, plusieurs disciplines. Ce rôle d'intégration pragmatique des sciences de la vie est en évolution. Nous pensons que l'acquisition progressive par chacune de ces disciplines de son expression technique propre relativise peut-être le pouvoir intégrateur de la médecine. Ce qui est analysé comme « l'éclatement des fonctions médicales au profit de la médecine d'organe et de la technicisation des procédures diagnostiques »¹⁶¹ n'est que le résultat du processus de progression scientifique qui touche toutes les disciplines concernées par la santé de l'homme. La technicisation de la médecine est un processus social en même temps qu'un registre de légitimation. Dans cette dernière hypothèse, il s'oppose à une conception privilégiant la généralité qui, selon nous, se rattache au pouvoir d'intégration dont nous avons parlé.

Ce qui présenté comme un processus général affectant l'évolution de la médecine se traduit en terme de compétence d'acteur par une technicisation du geste thérapeutique.

Il n'est pas difficile de montrer qu'aujourd'hui, les médecins comme les patients vivent leurs relations dans un univers d'une grande densité technique. Chez eux, le recours au registre de la technicisation est une façon d'inscrire leurs pratiques dans un univers de légitimation plus large tout en participant à l'amélioration générale de l'état de santé de la population.

Ce registre de la technicisation s'est traduit dans l'organisation interne de la profession par un accroissement du nombre de spécialistes. Cette évolution a eu une influence sur la

¹⁶⁰ J. Lagroye, « On ne subit pas son rôle », art. cité, p. 9.

¹⁶¹ F. Muel-Dreyfus, *ibidem*.

stratification symbolique du corps médical en établissant des positions relatives en son sein. La technicisation accentue l'hétérogénéité de cette profession.

Ce registre peut être évoqué dans d'autres contextes.

Lorsque, par exemple, on publie un traité de médecine générale, où que l'on s'efforce de réaliser une codification des termes utilisés par les généralistes pour qualifier des états pathologiques, on s'inscrit dans la perspective d'une reconnaissance de la « spécificité » de la médecine générale visant à en faire une « spécialité »¹⁶², un domaine identifiable parmi d'autres en raison des techniques qui lui sont associées.

Ce registre de technicisation nous le retrouvons dans les qualifications proposées. Les modes d'exercice particuliers (M. E. P) s'appuient sur l'usage d'une technique ou d'une approche particulière : médecin acupuncteur, iridologue, homéopathe par exemple. L'effet recherché par ce choix professionnel est une singularisation symbolique et matérielle¹⁶³ du praticien.

Nous avons mis en opposition ce registre avec celui de la généralité parce qu'il nous semble que derrière la médecine généraliste, c'est une conception de la médecine qui est mise en doute. Cela touche tous les secteurs de la profession comme celui de la chirurgie, par exemple¹⁶⁴. Le constat effectué par Jean Terquem résume assez bien cette lecture : « Disparus ou en voie de disparition, le médecin généraliste, le chirurgien général ou le spécialiste à large spectre tout comme leur culture imprégnée d'humanisme et fleurie de belles lettres, remplacés qu'ils sont par des techniciens de plus en plus ponctuels et pointus, formés scientifiquement, parfaitement compétents et efficaces, mais dans des domaines étroits, heureux en apparence de leur activité répétitive, cloisonnée et même robotisée. »¹⁶⁵

Les effets de cette domination du registre spécialisation / technicisation se font sentir dans le domaine des représentations autant chez les patients que chez les médecins. Ainsi, les représentations de la maladie changent et « le continent corporel se morcelle en un archipel de spécialités... »¹⁶⁶. Le rapport du malade à son corps est affecté par son contact à un univers de technicisation en ce sens « la séparation opérée entre l'homme d'une part, et son corps, de l'autre, seul objet de l'attention médicale, favorise une action ponctuelle et technicienne. »¹⁶⁷

La technicisation comme registre développe une « vision instrumentale de l'homme »¹⁶⁸ qui

¹⁶² F. Muel-Dreyfus, *ibidem*.

¹⁶³ F. Bouchayer, « Les voies du réenchantement professionnel » dans P. Aïach, D. Fassin (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos Economica, 1994, p. 201-223.

¹⁶⁴ Y. Ternon, « La fin du chirurgien généraliste », dans P. Aïach, D. Fassin (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité, op. cit.*, p. 181-199.

¹⁶⁵ J. Terquem, *op. cit.*, p. 13.

¹⁶⁶ D. Le Breton, art. cité, p. 32.

¹⁶⁷ D. Le Breton, *ibidem*.

¹⁶⁸ D. Le Breton, *ibidem*.

est autant le fait de l'institution thérapeutique et de ses agents que celui de la société mais qui peut avoir un effet sur les représentations de la maladie et les pratiques qu'elles peuvent engendrer. L'un des effets qui semble avoir le plus d'importance est celui qui produit la croyance suivant laquelle le recours à la technicité fait de la médecine un domaine d'exactitude totale. S'il est exact que le perfectionnement technique réduit les marges d'erreur, il ne peut en aucun cas légitimer l'idée que la médecine est une activité ne présentant aucun risque et pouvant se prévaloir d'une réussite certaine. Cette incertitude explique que, parfois, certains patients prennent l'initiative de demander des examens techniques là où la décision est censée appartenir au médecin. Nous entrons ici dans la deuxième lecture de la compétence.

2.3.2 De la subjectivité du médecin à celle du patient : une construction intersubjective de la compétence

Nous montrerons à travers cette lecture que la compétence exprimée par les médecins dans leur rencontre avec les patients dépend de leur subjectivité et que celle-ci se manifeste de plusieurs façons. La demande de soin exprimée par les patients est liée à des facteurs biologiques, sociaux et biographiques. La compétence du médecin devient alors une capacité d'adaptation à des rencontres singulières. De ce fait la compétence du médecin se construit aussi dans l'échange intersubjectif.

La subjectivité du médecin intervient dans la mise en œuvre de la dimension herméneutique de sa compétence. Elle se trouve au cœur de tout processus clinique et concerne tous les modes d'exercice de la profession. Peut-être que la technicité du geste thérapeutique et la complexité du contexte hospitalier réduisent sa part dans la compétence exercée par certains médecins. C'est une réalité très difficile à mesurer sur le plan empirique. Sans doute vaut-il mieux la considérer comme une modalité d'expression de la compétence disponible, soumise au choix de chaque praticien. Toutefois, si la pratique médicale est décrite comme devant associer « de façon synergique compétences techniques et compétences humaines et sociales »¹⁶⁹, c'est dans un sens particulier de cette activité herméneutique, celui par lequel on oppose parfois la socio-clinique et la bio-clinique. Suivant cette lecture, l'interprétation du médecin doit porter au temps sur l'analyse des faits pathologiques que sur les conditions

¹⁶⁹ J-L. Gallais, art. cité, p. 119.

sociales de leur production. C'est à la médecine généraliste que ce type de compétence est le plus souvent rattaché.

Si, chaque généraliste « a une part active dans la construction de son objet de travail »¹⁷⁰, cela le conduit à « tenir compte du mode de vie, des demandes, des besoins, des ressources, de l'identité de son patient »¹⁷¹, il est « le spécialiste de toutes les maladies de la vie, toutes celles qui ne sont pas vraiment reconnues comme telles, celles qui viennent de difficultés sociales, familiales ou affectives... »¹⁷² et doit élargir « sa vision de la maladie à l'étendue des individus et de leur vie. »¹⁷³ Cela repose sur « une compétence certaine de l'être humain souffrant et de la relation thérapeutique. »¹⁷⁴ Un exemple nous est donné avec les usages sociaux du diagnostic médical. Nous voulons dire par-là que les questions, les hypothèses, voire les jugements, émis par le patient, placent le médecin dans l'obligation de « proposer une explication médicale ou médicalisée »¹⁷⁵. Lorsqu'il « donne du sens médicalisé aux symptômes et affections »¹⁷⁶ ce dernier met en œuvre une « capacité de traduction »¹⁷⁷ distincte de son action de soin même si la parole est parfois considérée comme une forme de thérapie.

En revendiquant un « rôle central d'interlocuteur ouvert à la fois sur le médical et sur la vie »¹⁷⁸, les médecins généralistes spécifient leur compétence pour affirmer leur position au sein de la profession médicale.

La construction intersubjective de la compétence

En nous consacrant à l'étude de la construction intersubjective de la compétence nous avons pour but « d'éclairer ces déformations subtiles des fonctions et des rôles, et de les relier à tous les traits pertinents des personnalités et des situations »¹⁷⁹. La compétence du médecin est alors difficilement objectivable puisqu'elle se compose des différentes modalités suivant lesquelles il répond aux demandes de soin qui lui sont adressées.

Cette lecture repose sur l'idée que « le médecin est dépendant, dans son savoir et dans sa pratique, de l'expérience des malades, des visions qu'ils ont de leur mal et du discours

¹⁷⁰ I. Baszanger, « La construction d'un monde professionnel : entrée des jeunes praticiens dans la médecine générale », *Sociologie du travail*, n°3, p. 275-294.

¹⁷¹ E. Galam, art. cité, p. 15.

¹⁷² E. Galam, art. cité, p. 13.

¹⁷³ E. Galam, art. cité, p. 16.

¹⁷⁴ E. Galam, « Le remède médecin », *Autrement* 1996, n°161, p. 42.

¹⁷⁵ J-L. Gallais, art. cité, p. 111.

¹⁷⁶ J-L. Gallais, *ibidem*.

¹⁷⁷ E. Galam, art. cité, p. 49.

¹⁷⁸ E. Galam, art. cité, p. 24.

¹⁷⁹ E-C. Hughes, *op. cit.*, p. 63.

collectif sur la maladie »¹⁸⁰. Le colloque singulier est conçu comme la rencontre de deux compétences : celle du médecin et celle du patient. Toutes deux restent difficilement objectivables. Elles n'en sont pas moins importantes puisque le succès ou l'échec auquel peut donner lieu la rencontre a une incidence sur l'identité attribuée au médecin.

Cela signifie que la définition du cadre d'expérience de la relation médecin / patient se situe entre deux conceptions. Celle que Balint appelait la *fonction apostolique* du médecin d'après laquelle « chaque médecin semble avoir une idée vague mais quasi inébranlable de la façon dont on doit se comporter quand on est malade, et se comporte comme s'il était de son devoir de convertir ses patients à sa foi »¹⁸¹. Et celle suivant laquelle le médecin exerce « une plus ou moins grande directivité »¹⁸² dans la relation. Sa compétence est fondée sur l'« habileté » à « utiliser le pouvoir que le patient lui prête »¹⁸³ ou à « restituer une partie du pouvoir thérapeutique que définit sa compétence relationnelle »¹⁸⁴.

La reconnaissance du sujet dans la relation thérapeutique n'est plus seulement une reconnaissance de la souffrance mais celle de la compétence de patient.

Cette dernière est présentée comme un savoir profane qui lui permet de « mettre en forme son expérience » à partir « d'une lecture particulière de ses troubles »¹⁸⁵, « ses connaissances, ses lectures, ses discussions, son expérience de l'automédication lui donnent une certaine *compétence médicale* et donc une capacité à utiliser la médecine et, par voie de conséquence, le médecin qui l'incarne. »¹⁸⁶

Ainsi, « la consultation médicale est une modulation entre le savoir et les compétences de médecin, intégrés à une culture professionnelle partagée avec ses pairs, et le savoir têtue du profane obéissant à une autre vision du monde. »¹⁸⁷

Suivant cette dernière conception, il y aurait une reconnaissance réciproque de la compétence de chacun des acteurs du colloque singulier où « chacun, soignant ou soigné, est doté d'une compétence qui est d'autant mieux potentialisée qu'elle reconnaît et accepte les responsabilités, les limites et les modes de fonctionnement des uns comme des autres »¹⁸⁸.

¹⁸⁰ C. Herzlich, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, op. cit., p. 16.

¹⁸¹ E. Galam, art. cité, p. 50.

¹⁸² E. Galam, art. cité, p. 51.

¹⁸³ E. Galam, art. cité, p. 51.

¹⁸⁴ E. Galam, art. cité, p. 51.

¹⁸⁵ D. Le Breton, art. cité, p. 37.

¹⁸⁶ E. Galam, art. cité, p. 45.

¹⁸⁷ E. Galam, art. cité, p. 45.

¹⁸⁷ D. Le Breton, art. cité, p. 38.

¹⁸⁸ E. Galam, art. cité, p. 54.

De plus en plus, la prise en compte du savoir profane qui constitue la compétence de patient est présentée comme une « exigence » de la pratique médicale¹⁸⁹. Cela n'élimine en rien la question de la directivité exercée par le médecin car « la consultation médicale est une *négociation informelle où le médecin tient la barre*, s'accommodant des informations qu'il réussit à obtenir d'un client plus ou moins coopérant, plus ou moins enclin à se faire comprendre, et dont il doit ménager le tempérament s'il veut aboutir à un diagnostic satisfaisant. »¹⁹⁰ Cette conception qui tend à reconnaître une compétence au patient est une des expressions du croisement des modèles étiologiques et thérapeutiques dans la mesure où elle insiste sur la dimension psychologique de la relation pour compléter l'approche anatomo-clinique. La présentation qu'en font certains médecins généralistes traduit une demande de reconnaissance de leur singularité professionnelle.

Il convient de souligner que la « compétence relationnelle qui leur permet de rassurer, accompagner, conseiller, écouter leurs patients »¹⁹¹ est aussi une façon d'obtenir une reconnaissance de leur propre personnalité. Le processus d'individuation ne va donc pas seulement du médecin vers le patient mais dans les deux sens. L'accent mis sur « la qualité de présence »¹⁹² du médecin, son « supplément d'âme »¹⁹³ sont autant de facteurs qui illustrent la mise en jeu de la personnalité en équivalence de la compétence technique. Bien entendu ce modèle de reconnaissance intersubjective est à la disposition de tous les praticiens, il peut être interprété, et utilisé de façon plus ou moins atténuée par tous les médecins engagés dans une activité consultante. Il existe des contextes de soin, la cancérologie par exemple, où la compétence relationnelle est jugée prépondérante pour des raisons que l'on peut aisément deviner.

La conception qui valorise le droit des patients, tant du point de vue de l'éthique médicale, que de celui l'activité médicale en milieu hospitalier, légitime l'importance de cette construction intersubjective des compétences dans le colloque singulier même si on peut y voir le « danger d'une altération majeure des finalités et des relations dans le cadre d'une fonction officiellement définie »¹⁹⁴.

¹⁸⁹ D. Le Breton, art. cité, p. 38.

¹⁹⁰ D. Le Breton, art. cité, p. 39.

¹⁹¹ E. Galam, art. cité, p. 43.

¹⁹² D. Le Breton, art. cité, p. 36.

¹⁹³ D. Le Breton, art. cité, p. 36.

La compétence de médecin peut être analysée comme une compétence sociale

La diversité des pratiques médicales conduit les médecins à assurer leur fonction soignante en d'autres lieux que leur cabinet ou le domicile de leurs patients. Le multi-exercice peut conduire un généraliste à intervenir dans une maison de retraite, une structure hospitalière. Il peut participer à l'action d'une association prenant en charge des toxicomanes ou des malades du SIDA. Pour mener son activité professionnelle, ce généraliste est conduit à maintenir « une fonction de coordination »¹⁹⁵ avec les différents acteurs de l'institution médicale. Ainsi « sur l'ensemble de l'activité des médecins, on constate qu'en moyenne pour chaque acte officiellement fait (en consultation ou en visite), il faut ajouter près de 1,4 acte de communication par courrier, téléphone ou rencontre. Cet aspect de la gestion de la santé se déroule pour 70 % de ces actes de communication-coordination en dehors de la présence du patient. »¹⁹⁶

Les médecins hospitaliers, quant à eux, ont à évoluer dans un univers professionnellement segmenté¹⁹⁷ où le travail collectif demande une capacité à comprendre et à pratiquer les modalités de régulation globale de la collectivité d'acteurs. Il s'agit plus d'une compétence sociale que d'une compétence médicale.

Les nouvelles contraintes imposées par l'évaluation de l'activité médicale en France qui, au nom d'une éthique de santé publique « responsabilise le médecin sur ses résultats sanitaires et rend légitime l'introduction d'arbitrages collectifs dans la prise de décision médicale »¹⁹⁸ ne vont-elles pas dans le sens d'une accentuation de cette dimension sociale ?

Ainsi, la lecture qui limite sa perspective de la compétence associée au rôle de médecin à la relation construite dans le colloque singulier risque de sous-estimer les engagements multiples qui sont liés à l'exercice de ce rôle. En agissant ainsi elle ignore la diversité des espaces de reconnaissance auquel chacun de ces engagements donne accès.

Notre présentation de la compétence associée au rôle de médecin avait pour objet de montrer qu'elle se construit aussi socialement dans les rapports qui peuvent s'instituer entre le médecin et son patient. De la sorte, se construit une représentation de l'identité du médecin dépendant du colloque singulier. Mais les différentes formes de compétence exprimées renvoient également à une pluralité d'espaces de reconnaissance.

¹⁹⁴ E-C. Hughes, *Le regard sociologique, op. cit.*, p. 62.

¹⁹⁵ J-L. Gallais, art. cité, p. 117.

¹⁹⁶ J-L. Gallais, *ibidem*.

¹⁹⁷ On reprend, ici, la notion d'A. Strauss pour évoquer la densité de la division du travail thérapeutique en milieu hospitalier.

¹⁹⁸ M. Robelet, « Les médecins placés sous observation. Mobilisation autour de l'évaluation médicale en France », *Politix*, n°46, 2^{ème} trimestre, 1999, p. 73.

Une représentation typifiée du rôle de médecin ne nous semble donc pas pertinente pour plusieurs raisons.

Elle ne permet pas de rendre compte de la diversité des positions relatives au sein de la profession. C'est une profession de plus en plus segmentée et qui est souvent reconnue comme telle par les pouvoirs publics. Les pratiques professionnelles et sociales auxquelles elle donne lieu ouvrent sur des modalités de reconnaissance tout aussi différenciées. Cela a permis de montrer que la reconnaissance de la compétence, si elle entend se constituer sur des registres d'objectivation, est aussi une affaire de construction intersubjective qui met en présence des patients avec leurs représentations et leurs attentes de soin et des médecins qui ont des conceptions et des conditions de vie susceptibles d'influencer la nature de l'agir qu'ils vont développer.

À partir de ces éléments, il est compréhensible que les personnalités de médecin ne s'expriment pas de façon uniforme à travers l'exercice du rôle professionnel. Les contextes d'exercice définissent des espaces de reconnaissance au sein desquels émergent des personnalités de médecin. Pour cette raison, l'influence de l'appartenance professionnelle sur l'éligibilité des médecins élus locaux peut être difficilement perçue à travers un exercice de typification du rôle de médecin. Il faut situer l'exercice de ce rôle à la trajectoire de vie du médecin, son environnement et sa personnalité.

Cependant, l'appartenance professionnelle des médecins n'agit pas exclusivement sur leur identité électorale par la mise en valeur de facteurs personnels. Elle y associe ce qui est attribué à la profession médicale.

3. DE LA POSITION SOCIALE DE LA PROFESSION MÉDICALE DANS L'ÉLIGIBILITÉ DES MÉDECINS ÉLUS LOCAUX

Nous avons vu dans le deuxième point de ce chapitre que le rôle de médecin bien qu'il puisse faire l'objet d'une présentation relativement claire, comme le suggère une conception fonctionnaliste de l'institution médicale, est assez difficile à typifier en raison des modalités de construction de la compétence qui lui est associée. Celle-ci permet de comprendre l'hétérogénéité de la profession médicale dans sa dimension interne.

Il semble cependant que si les médecins ont un « rôle à part »¹⁹⁹ dans la société française ce n'est pas seulement en raison de la définition interne de ce rôle mais plutôt de ce qui lui est associé en termes de réalités matérielles et symboliques. Ici le concept de rôle fait apparaître toutes les limites d'une conception de recherche qui en restant centrée sur des acteurs ne parviendrait pas à rendre compte de réalités sociales et politiques dont on présume que les médecins y sont plus ou moins associés et pour lesquelles les lectures demeurent incertaines. Comment ignorer, par exemple, ce qui est désigné aujourd'hui par la médicalisation de la société ? Quelles relations la profession médicale entretient-elle avec cette réalité ? Si elle est reconnue comme l'acteur principal du secteur de la santé, en est-elle le seul ? Comment expliquer que des médecins puissent intervenir, sur la base de leur appartenance professionnelle dans des contextes politiques ? Comment intégrer dans nos analyses les significations construites par les individus, leurs pratiques sociales et des réalités institutionnelles dont le contenu varie à travers le temps ?

Ce questionnement, exprime partiellement la complexité d'une réalité pour laquelle il semble opportun de trouver une clef d'interprétation. Notre démarche repose sur le postulat suivant lequel il convient de distinguer analytiquement les acteurs de ce qu'ils incarnent. Ce qui est incarné par la profession médicale ne peut être compris à partir de la seule étude des médecins. Si le rôle de médecin « permet de faire exister une position, de la consolider, de la rendre sensible aux autres »²⁰⁰, il convient de s'intéresser davantage à la compréhension de cette position.

Nous présenterons l'ensemble de définition²⁰¹ de la notion de position sociale utilisée ici.

Selon une première interprétation, la position sociale de la profession médicale correspond à une « intersection particulière de signification de domination et de légitimation qui a des liens

¹⁹⁹ Réflexion émanant de la conférence des Doyens, citée par J. Terquem, *op. cit.*, p. 222.

²⁰⁰ J. Lagroye, « On ne subit pas son rôle », art. cité, 1997, p. 8.

²⁰¹ Nous concevons l'ensemble de définition comme la somme des lectures indexées sur des réalités empiriques.

avec la catégorisation des agents. »²⁰² Ici la place de la profession médicale est envisagée en référence à la stratification matérielle et symbolique de la société. Ce point de vue, ouvre deux axes de réflexion.

Le premier conduit à s'interroger sur la variabilité des registres d'éthicité conventionnelle qui régissent ou accompagnent la dynamique de la construction historique des systèmes de légitimation. Ainsi ne faut-il pas relier l'appréciation du titre de docteur en médecine à l'évolution des systèmes de reconnaissance des acteurs individuels et collectifs ?

Le second appelle une réflexion sur l'univers auquel appartient la profession médicale, une institution que l'on peut présenter comme « un univers macroscopique de signification objectivé dans une société » proposant une « solution permanente à un problème permanent de la collectivité donnée »²⁰³. La question qui se pose alors porte sur les éléments de permanence et de changement qui affectent la position de cette profession par rapport à l'évolution de l'institution médicale. Qu'est-ce qui change dans le contexte où les médecins font l'expérience de leur position par rapport à cette institution ?

Pour pouvoir poursuivre dans la construction de notre cadre analytique, il paraît opportun d'introduire une lecture supplémentaire de la position.

Toute position est productrice de perspective. Celle-ci définit une entrée et une façon de construire une intelligibilité du réel. Cette perspective peut être adoptée et interprétée par une pluralité d'acteurs même si elle est socialement incarnée par un groupe particulier d'agents. De plus, elle est capable d'intégrer une ou plusieurs modalités de construction de la réalité sociale. Sur la base de ces propositions, il est aisé de comprendre que les médecins n'ont pas le monopole de ce qui est socialement construit à partir du langage médical et que celui-ci n'est pas seulement le langage de la médecine mais un ensemble d'outils permettant aux agents de participer aux situations d'intercompréhension. Le langage associé à l'institution médicale participe à la construction de la perspective incorporée à la position sociale de la profession médicale. Les représentations individuelles et collectives relatives à la préservation de la vie ou à la lutte contre la maladie entrent dans cette perspective car elles mobilisent le langage médical et les médecins. Il n'est pas rare que le langage médical soit utilisé par des acteurs dans une thématique qui n'est pas celle de la santé.

La position de la profession médicale dans la stratification symbolique de la société découle aussi de la présence de cette perspective. Pour autant, notre réflexion demeure insatisfaisante sur plusieurs points : cette perspective ne définit-elle qu'un cadre de compréhension du réel ?

²⁰² A. Giddens, *op. cit.*, p. 133-134.

²⁰³ P. Berger, T. Luckmann, *op. cit.*, p. 98.

Peut-elle générer « une capacité transformatrice » et insérer les acteurs qui s'en saisissent dans des processus de pouvoir ? Comment pouvons-nous analyser les relations entre la perspective hygiéniste ou la perspective humanitaire aujourd'hui, avec le pouvoir politique ? Nous introduirons une dernière lecture pour répondre à ces interrogations.

La position est aussi un lieu à partir duquel les agents qui l'occupent peuvent développer un agir qui découle autant des interprétations qu'ils produisent que des attentes qui leur sont adressées. Cette conception est inspirée de celle suivant laquelle la position est « une identité sociale qui s'accompagne d'un ensemble (pas nécessairement défini de façon précise) de prérogatives et d'obligations que peut mettre en œuvre ou remplir un acteur à qui cette identité est accordée (ou qui est titulaire de cette position) : ces prérogatives et obligations constituent les prescriptions de rôle associées à cette position »²⁰⁴. Ainsi le rôle de médecin est un des rôles associés à la position de la profession médicale mais certains médecins font des usages différenciés de cette position en investissant d'autres rôles.

Nous tenterons donc de montrer que si l'éligibilité des médecins élus locaux résulte partiellement de leur appartenance professionnelle cela s'explique par la position sociale occupée par la profession médicale dans la société française. Cette position est le croisement de trois ensembles de réalités.

La position sociale de la profession médicale découle du fait que cette dernière incarne l'institution médicale même si cela paraît plus atténué aujourd'hui qu'hier.

La perspective associée à cette position est légitimée par la diversité des usages sociaux qu'elle induit.

Cette position habilite des médecins à exercer des rôles différents de leur rôle professionnel.

3.1 L'affaiblissement d'une position dans un cadre d'expérience en évolution : la profession médicale et l'institution médicale

Comme il a été dit dans la section 2, le rôle professionnel de médecin est le résultat d'un processus complexe de délégation qui confère aux membres de la profession médicale l'exercice d'une représentation de l'institution thérapeutique. Et l'autorité de cette institution résulte de « la reconnaissance sociale de cette institution en tant que solution permanente à un

²⁰⁴ A. Giddens, *op. cit.*, p. 134.

problème permanent d'une collectivité donnée »²⁰⁵ parce qu'elle a pour objet de préserver le substrat ontologique du cadre d'expérience des agents.

Cependant, il ne faut pas s'en tenir uniquement à cet aspect de la représentation mais plutôt essayer de comprendre les relations que les agents établissent entre les représentations qu'ils se font de cette institution et la position qu'ils attribuent à la profession médicale. En ce sens, l'analyse du rôle de médecin conduit à réfléchir sur les « médiations entre les univers macroscopiques de signification objectivés dans une société et les moyens par lesquels ces univers deviennent subjectivement réels pour les individus. »²⁰⁶

Cette position résulte du fait que la profession médicale a entretenu, et continue à entretenir de façon plus atténuée un rapport d'unicité métonymique avec l'institution médicale. Nous avons indiqué dans le paragraphe 2 que ce rapport avait pris corps dès la fin du dix-neuvième siècle avec la reconnaissance du monopole de représentation de l'institution qui a été accordée au corps médical.

Il a été pendant longtemps en concurrence avec d'autres acteurs de la médiation thérapeutique. C'est ainsi que dans la France du dix-neuvième siècle, « l'installation de médecins enlevait aux *châtelaines* leur rôle d'assistance médicale qui faisaient d'elles *le premier et souvent l'unique recours médical avec le rebouteux* »²⁰⁷.

Suivant cette lecture, la profession médicale devient progressivement une partie de l'institution « qui peut fonctionner en tant que signe à la place de la totalité »²⁰⁸. En acceptant le bien-fondé de cette lecture phénoménologique, nous souhaitons aussi la soumettre à une entreprise critique sur plusieurs points. Nous nous interrogeons sur sa capacité désignative; en ce sens nous nous demandons, si avec le temps, il n'y a pas altération de ce rapport de métonymie. Cette représentation n'introduit-elle pas un biais dans la perception des réalités ? Concentrer son attention sur la position de pouvoir des médecins fait courir le risque de sous-estimer ce qui est socialement construit avec le langage de la perspective. En d'autres termes, en nous focalisant sur ceux qui incarnent nous donnons-nous les moyens de connaître ce qui est incarné ?

L'évolution qu'a connue la profession médicale au cours de ces quarante dernières années a été présentée du point de vue de la diversification de la compétence associée au rôle de

²⁰⁵ P. Berger, T. Luckmann, *op. cit.*, p. 98.

²⁰⁶ P. Berger, T. Luckmann, *op. cit.*, p. 110.

²⁰⁷ Citation reprise dans l'ouvrage d'Alain. Garrigou, *Le vote et la vertu. Comment les Français sont devenus électeurs*, Paris, Presses de la FNNSP, 1991, p. 243.

²⁰⁸ P. Bourdieu, *La délégation et le fétichisme politique*, A.R.S.S, 52 / 3, juin 1984, p. 50.

médecin. Ces changements ont aussi une incidence sur la perception globale que les agents peuvent se faire de cette profession. Si pendant longtemps le médecin généraliste et le « mandarin », chirurgien ou professeur de médecine, étaient les figures qui apparaissaient le plus souvent quand les agents avaient à connaître des questions de santé, la simplicité de cette représentation facilitait l'incarnation de la profession qu'ils pouvaient proposer.

Aujourd'hui, la profession médicale apparaît segmentée dans ses pratiques et fragmentée²⁰⁹ dans ses intérêts.

En même temps, ce rapport d'unicité métonymique pouvait s'appliquer à la représentation de l'institution médicale parce que celle-ci fonctionnait en s'appuyant sur un nombre d'acteurs plus réduit. Le rapport métonymique entre le corps médical et l'institution médicale tirait sa force d'un double effet de simplification. Une profession médicale aisément typifiable dans un univers institutionnel où peu d'acteurs pouvaient imposer une image équivalente. C'est en ce sens que l'on a pu évoquer le pouvoir médical en terme de monopole sur l'activité de soin. En adoptant le point de vue suivant lequel « l'histoire de la santé publique contemporaine est ainsi d'abord le récit de l'extension de son territoire à un nombre croissant de registres de l'activité humaine, impliquant une quantité et une diversité d'acteurs de plus en plus importante »²¹⁰, nous entendons insister sur la relativisation de ce rapport d'unicité métonymique.

À ce stade de la réflexion, il ne semble pas utile d'ouvrir un débat sur le pouvoir médical, sa consistance et ses effets. Pour l'ensemble de la société, comme pour celui qui se trouve dans un rôle de patient, le contact avec l'institution médicale se traduit par la possibilité d'une succession de rencontres au cours desquelles il pourra côtoyer un ou plusieurs membres du corps médical, des personnels soignants, résider dans des univers très différents. À titre indicatif, il est rappelé que près de 900 000 personnes peuvent intervenir dans une activité de soin aux patients à côté des 182 000 médecins inscrits au Conseil de l'Ordre en 1998²¹¹.

Cette évolution a peut-être été accentuée par l'extension de la catégorisation professionnelle à d'autres acteurs du secteur médical. La généralisation d'un système de reconnaissance induit plusieurs effets. Elle accompagne la valorisation de l'identité des agents qui accèdent à cette catégorisation. Elle conforte la consistance du système de reconnaissance comme critère de légitimation des identités individuelles et collectives. Mais elle produit un effet de

²⁰⁹ P. Hassenteufel, « Vers le déclin du pouvoir médical ? Un éclairage européen France, Allemagne, Grande Bretagne », *Pouvoirs* n°89, 1999, p. 59.

²¹⁰ D. Fassin, *L'espace politique de la santé*, *op. cit.*, p. 266.

²¹¹ F. Stasse, « Les acteurs politiques de la santé », *Pouvoirs* n°89, 1999, p. 73.

banalisation du corps médical qui n'a plus le monopole de cette forme sociale pour affirmer son identité. La conséquence de tout cela est que « la médecine est un métier comme un autre »²¹².

L'institution médicale est aujourd'hui « un monde social segmenté »²¹³ où « de nouveaux arrivants se déversent littéralement dans le monde ancien » et « se trouvent associés à ses activités » en essayant de faire valoir de « nouveaux critères d'authenticité »²¹⁴ pour conforter leur position relative.

Peut-on pour autant soutenir que l'« on ne peut plus parler de *pouvoir symbolique* »²¹⁵ à propos de la profession médicale ?

Ce n'est pas certain, peut-être convient-il de parler plus certainement de « pouvoir professionnel érodé »²¹⁶ en raison de l'évolution des contraintes normatives qui encadrent les contextes d'activité du champ médical.

En effet la profession médicale occupe toujours « une place dominante dans la division du travail des soins »²¹⁷, même si chacun de ses membres doit s'insérer dans un univers positionnel plus complexe. C'est notamment le cas lorsqu'on présente l'activité de l'omnipraticien comme « une fonction de triage orientant vers le technicien spécialisé »²¹⁸. Un constat comparable est formulé à propos du chirurgien « personnage légendaire du début du siècle, aux sentences indiscutées » décrit comme quelqu'un qui « doit partager sa responsabilité » car « il n'est plus maître ni libre de sa décision mais entre dans un programme thérapeutique » où il n'est finalement que « le maillon d'une équipe soignante »²¹⁹.

Cette analyse n'est d'ailleurs pas nouvelle puisque déjà en 1959, il était souligné que le corps médical ne remplissait « sa fonction qu'en mobilisant l'activité de plus de 400 000 personnes ». La « position d'élément décisionnel » qui lui était reconnue à cette époque lui donnait « le droit de prendre part à la définition et à la mise en œuvre de la politique de Santé publique, et le devoir de veiller à l'établissement et au maintien des meilleures conditions d'exercice de la médecine dans une situation sociale donnée. »²²⁰

²¹² L. Schwartzberg, *Changer la mort*, Paris, Albin Michel, 1977, p. 123.

²¹³ A. Strauss, *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, 1992, p. 67-86.

²¹⁴ A. Strauss, *op. cit.*, p. 275.

²¹⁵ J-P. Aron, *Lire*, septembre 1983, citation extraite de l'ouvrage de J. Terquem, *op. cit.*, p. 219.

²¹⁶ P. Hassenteufel, « Vers le déclin du pouvoir médical ? Un éclairage européen : France, Allemagne, Grande Bretagne », *Pouvoirs* n°89, 1999.

²¹⁷ P. Hassenteufel, art. cité., p. 22.

²¹⁸ B. Vergez, *Le monde des médecins au vingtième siècle*, Bruxelles, Complexe, 1996, p. 112.

²¹⁹ Citation extraite de l'ouvrage de Jean Terquem, *op. cit.*, p. 220. Voir aussi la référence à la réflexion du professeur Lazar à la même page.

²²⁰ J. Pincemin, A. Laugier, art. cité., p. 888.

La profession médicale conserve « sa place dans la structure spécifique de la division médicale du travail de la période »²²¹ mais il n'est pas sûr que le monde social de la médecine demeure « un vaste système d'institutions étroitement liées et strictement contrôlées par les médecins »²²² parce que les propriétés de ce cadre d'expérience ont changé. Le pouvoir de la profession médicale n'est pas, et n'a peut-être jamais été, une réalité sociale fixée dans ses états. Comme le prouvent les travaux consacrés à l'histoire et à la sociologie de la médecine, le sentiment de « crise » est assez récurrent chez les membres de cette profession mais sous des expressions variables. N'est-ce pas la preuve de la plasticité des relations de pouvoir que les médecins entretiennent avec leur cadre d'expérience ?

Aussi important soit-il le pouvoir médical n'est pas la seule composante de la position sociale de la profession médicale. Nous pourrions être tenté de penser que « si la médecine n'occupe pas le monopole qu'elle revendique, c'est parce que les besoins de santé sont à la fois plus larges et plus divers que ce que la médecine peut offrir »²²³. La réalité est plus complexe, c'est la raison pour laquelle nous avons introduit la notion de perspective associée à la position sociale de la profession médicale.

3.2 De la production de soin à la production de sens : la perspective intégrée à la position sociale de la profession médicale

Par la notion de perspective associée à la position sociale de la profession médicale nous entendons désigner l'ensemble des représentations et des pratiques sociales et politiques qui peuvent être produites à partir d'un ou plusieurs de ses constituants. Nous revenons ici à une conception relativement simple qui stipule que, où que nous nous trouvions, nous observons à travers une perspective. Mais ce que nous voyons ne découle pas uniquement de ce qui est là sous nos yeux. D'autres éléments interviennent dans la construction implicite et explicite de notre perspective. Il y a un avant et un après le positionnement. Notre position peut être occupée et interprétée par d'autres qui, eux aussi, observeront et désigneront les objets perçus au moyen d'un langage. Cette perspective peut aussi produire un modèle de perception.

La perspective associée à la position que nous nous proposons d'étudier appartient à deux domaines de réflexion : celui de la construction des significations et celui des réalités

²²¹ E-C. Hughes, *Le regard sociologique, op. cit.*, p. 64.

²²² E-C. Hughes, *ibidem*.

²²³ O. Faure, « La médicalisation vue par les historiens », dans P. Aïach, D. Delanoë (dir.), *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos Economica, 1998, p. 63.

matérielles. C'est une perspective sociale. Elle doit être conçue comme un processus de construction historique dont nous mesurons aujourd'hui les actualisations signifiantes et matérielles.

De ce point de vue, le rôle joué par le langage médical paraît essentiel. Il permet de comprendre, à travers ses usages sociaux comment des agents autres que les médecins peuvent s'adosser à la perspective, comment ils l'interprètent et la transforment. Ces pratiques contribuent à entretenir la légitimité de la perspective en la reproduisant régulièrement.

Nous tenterons de montrer qu'il ne se résume pas à un langage de la médecine mais qu'il constitue un système de signification disponible à la compétence des agents leur permettant de participer aux activités de construction intersubjective du monde social.

3.2.1 Le langage de la perspective

Avant d'entreprendre une réflexion sur ce que nous appelons le langage de la perspective associée à la position sociale de la profession médicale, il convient de rappeler brièvement une propriété du langage médical. Celui-ci tire son autorité du lien étroit qu'il entretient avec le progrès scientifique. La science médicale, présentée comme une science exacte, s'inscrit dans le registre de légitimité qui domine les sociétés développées depuis la fin du dix-neuvième siècle. Eliot Freidson a souligné combien les progrès scientifiques de la médecine ont contribué à fonder la constitution de la profession médicale. Mais ce statut d'autorité ne doit pas faire oublier que la pratique thérapeutique accorde une part non négligeable à l'interprétation. Certains médecins reconnaissent une dimension herméneutique²²⁴ à leur activité pour rappeler l'incertitude qui peut accompagner leur jugement et la responsabilité personnelle qui s'y trouve engagée. Si cet aspect de la compétence médicale est une réalité difficile à nier, elle pose un certain nombre de questions. La première porte sur l'écart qui peut se constituer entre l'autorité scientifique reconnue à la médecine et la réalité d'une pratique professionnelle où l'incertitude n'est pas absente. La seconde porte sur les lectures qui peuvent être faites de cette dimension herméneutique. Intervient-elle uniquement au moment où le médecin se trouve dans l'obligation de qualifier des états et de reconstituer une causalité pour parvenir à un traitement ? Ne conduit-elle pas à allonger la chaîne de cette causalité lorsqu'elle se propose d'associer les phénomènes qualifiés de pathologiques à des causes qui ne sont pas directement observables dans l'examen clinique ? Cette dimension

herméneutique ne peut-elle pas s'analyser comme une activité sociale conduisant à une extension croissante du domaine sur lequel le langage de la médecine entend porter son regard ? Ces trois questions donnent un aperçu de la complexité des relations entre l'herméneutique et le langage de la médecine. Il n'est pas question d'étudier un sujet qui nécessiterait une thèse à lui tout seul. Néanmoins cette présence de l'herméneutique dans le langage médical permet peut-être de comprendre la distinction entre le langage de la médecine et celui de l'institution médicale. Elle est autant un élément de continuité que de rupture entre les deux. Elle s'inscrit dans la continuité entre une pratique professionnelle et la vocation d'une institution. Elle introduit une rupture entre un langage spécialisé et un langage social.

3.2.1.1 Un langage social

Le langage associé à l'institution médicale est constitutif d'une perspective dans le sens où il peut désigner des réalités sociales et habiliter d'autres agents que les médecins à adopter cette perspective.

La désignation de réalités sociales individuelles et collectives

La permanence du souci de santé exprimée par les individus à travers l'histoire des civilisations, repose sur une évidence, à savoir que la santé est perçue par tout individu comme la condition substantielle de sa sécurité ontologique parce qu'elle introduit dans le cadre d'expérience des agents la polarité de la vie et de la mort. Que ce soit celui qui se perçoit comme atteint d'une maladie ou celui qui est reconnu comme tel par la médecine, chacun cherchera à atténuer les risques de perdre la vie ou à réduire les effets négatifs de sa pathologie sur son cadre d'expérience individuel.

Chaque individu a une perception personnelle de son état de santé qui résulte de ce qu'il sait des classifications proposées par la science médicale. Il peut ainsi objectiver certains états en termes d'angine, de rhume etc. Mais la maladie est aussi une perception individuelle qui ne rentre pas toujours avec exactitude dans la classification nosologique. Il y a toujours une part de subjectivité dans la perception et l'expression de la maladie comme il peut y en avoir dans la représentation que chacun se fait de sa santé à travers ce que l'on appelle le rapport à soi et

²²⁴ B. Hoerni, *113 réflexions sur la médecine*, Bordeaux, Fondation Bergonié, 1999, p. 361.

à son corps²²⁵. Ainsi chaque individu intervient, par anticipation ou sur le mode de la réparation, pour maîtriser les facteurs qui ont une influence sur son état de santé.

L'agrégation des choix individuels dans ce domaine conduit à observer dans les sociétés développées, une tendance collective à l'*hygiénisation* et à un souci croissant de la santé physique²²⁶. Cela peut se traduire dans le choix d'alimentation, d'un rythme de vie, d'une pratique sportive etc. Bien entendu, nous pouvons analyser cela comme des pratiques collectives mais il n'empêche que les arbitrages, même lorsqu'ils peuvent être influencés, restent toujours des décisions individuelles. Les pratiques d'auto-médication préventive en sont un autre exemple.

C'est la conception que développe Virginia Berridge lorsqu'elle désigne « l'accent mis, au cours des années soixante-dix et quatre-vingt, sur le rôle donné à l'individu, ses modes de vie, dans l'évolution de son état de santé »²²⁷.

Avec les politiques de santé publique mises en place pour lutter contre la toxicomanie, la conception sous-jacente se répartit entre une volonté de cibler des populations et le souci d'une « individuation plus marquée »²²⁸ accordant la prépondérance à « l'acteur social individuel »²²⁹. La perspective est comparable dans les politiques de lutte contre le sida quand elles insistent sur la responsabilisation des individus²³⁰.

Plus simplement, il faut se souvenir que l'individualisation est un des principes fondateurs de la médecine en France lorsqu'il consacre le libre choix du patient à désigner son médecin traitant. L'économie du colloque singulier est construite sur la rencontre de deux individus.

L'évolution récente du droit a renforcé cette conception en intégrant dans la médecine une notion de « dignité de la personne humaine »²³¹ dont l'origine réside dans la doctrine des Droits de l'Homme car « il s'agissait d'affirmer que l'homme devrait être reconnu en tant que sujet et ne saurait être traité comme un objet par la médecine et la science »²³². En associant la reconnaissance du sujet médical à l'éthicité conventionnelle des droits de l'homme, la construction juridique entend lui donner une légitimité plus forte. Cette interprétation

²²⁵ N. Elias, *La civilisation des mœurs*, Paris, Calman – Lévy, 1973, p. 105.

²²⁶ J. Goudsblom, « Les grandes épidémies et la civilisation des mœurs », *A.R.S.S.*, n°68, juin 1987, p. 13.

²²⁷ V. Berridge, « Harm minimisation and public health : an historical perspective », dans N. Heather, A. Wodak, E. Nadelman, et P. O'Hare (éd.), *Psychoactive drugs and Harm reduction, from Faith to science*, London, Whurr Publishers, 1993.

²²⁸ L. Berlivet, « De l'éducation sanitaire à la promotion de la santé : la santé publique face aux accusations de moralisme » », dans A. Garrigou (dir.), *La santé dans tous ses états*, Biarritz, Atlantica, 2000, p. 243-263.

²²⁹ A. Lovell, I. Féroni, « Sida-toxicomanie : un objet hybride de la nouvelle santé publique à Marseille », dans D. Fassin (dir.), *Les figures sanitaires de la santé publique*, Paris, La Découverte, 1998, p. 203-234.

²³⁰ G. Vigarello, *Le sain et le malsain. Santé et mieux-être depuis le Moyen – Age*, Paris, Seuil, 1993.

²³¹ Décision du Conseil constitutionnel 94-344 DC du 27 juillet 1994.

²³² C. Evin, « Les droits des malades », *Pouvoirs* n°89, 1999, p. 15-30.

s'applique à des questions comme le consentement du patient, son information, le traitement de la douleur, l'accès au soin²³³.

Le caractère individué du geste thérapeutique

Cette individuation est aussi, pour une bonne part, une marque de la relation entre le médecin et son malade car « la définition de la maladie demande comme point de départ, la notion d'être individuel »²³⁴. Nous ne pouvons pas ignorer sur ce point le lien qu'avait établi Michel Foucault entre l'idée de mort, l'essor de la pensée médicale et l'émergence de l'individualité²³⁵. L'individualisation qu'il nous est permis d'observer s'inscrit dans le prolongement d'une conception du langage médical liée à l'histoire de cette institution.

Un exemple pris dans un passé récent confirme ce constat.

Lorsqu'il s'est agi de définir les modalités de régulation des dépenses de santé les syndicats de médecins ont défendu la thèse d'une régulation médicalisée fondée sur la prise en compte « des demandes individuelles de prise en charge médiatisée par le médecin »²³⁶. Sans insister sur une question que nous développerons plus loin, il est notable que dans une perspective socialement construite sur du collectif, la priorité de la perspective individuelle est affirmée. La santé publique peut être ainsi présentée comme « la coexistence d'interprétations et de politiques se référant à l'individuel et au collectif »²³⁷ parce que « le système français de santé publique n'est pas construit autour de finalités collectives, il est constitué autour d'une multiplicité de pratiques, d'acteurs impliqués dans une relation thérapeutique »²³⁸.

De la lutte contre les épidémies à la préservation de la santé : un jeu permanent entre le collectif et l'individuel

L'histoire de la médecine nous enseigne que la perception de la santé s'est effectuée dans certains contextes en des termes collectifs. Les mesures sanitaires appliquées aux populations visaient davantage à prévenir l'extension des épidémies qu'à les éradiquer. Elles reposaient aussi sur l'adoption de comportements individuels s'inscrivant dans le prolongement de ces

²³³ C. Evin, *ibidem*.

²³⁴ G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1994, p. 121.

²³⁵ « De la mise en place de la mort dans la pensée médicale est née une médecine qui se donne comme science de l'individu. Et d'une façon générale, l'expérience de l'individualité dans la culture moderne est peut-être liée à celle de la mort. », *Naissance de la clinique, op. cit.*, p. 201.

²³⁶ M. Brémond, « Les syndicats de médecins », *Pouvoirs* n°89, 1999, p. 119-134.

²³⁷ D. Fassin, *L'espace politique de la santé*, Paris, PUF, 1996, p. 273.

²³⁸ Haut Comité de la santé publique, *La santé en France. Rapport général*, Paris, La Documentation française, 1994, p. 184.

initiatives. Ce qui est présenté, aujourd'hui, comme une médicalisation de la société préserve ce rapport permanent entre les deux aspects de la perspective.

Deux lectures de cette perspective peuvent être proposées.

La première reprend les approches qui, à travers l'histoire, se sont proposé de construire une perception des comportements de santé en termes collectifs. Le corps médical a parfois joué un rôle important dans la qualification des objets et la prescription des conduites. En matière d'alimentation, des médecins britanniques ne se sont pas privés de formuler des critiques et de prescrire des comportements même si on ne peut réduire les pratiques sociales dans ce domaine à ce qu'ils avançaient²³⁹. Il convient de situer le positionnement médical sur certaines questions en fonction du cadre dans lequel il se produit pour, à son tour, l'enrichir de sa production de sens. Celle-ci introduit une perspective de médicalisation des réalités qu'elle se propose de porter à la connaissance des individus comme des institutions. De sorte que l'on peut évoquer autant des comportements collectifs en termes de santé que des comportements de santé en termes collectifs.

Cette activité de l'institution médicale que l'on saisit ici à travers la contribution de son langage à la construction intersubjective est une activité permanente, c'est-à-dire disponible à la compétence des agents, et c'est lorsqu'elle croise d'autres instances de légitimation qu'elle trouve à s'exprimer en termes de santé publique. Avant de parvenir à la consistance institutionnelle qui est aujourd'hui la sienne, elle constituait une réalité sociale ayant sa propre histoire²⁴⁰ que ce soit à travers les mesures prises pour lutter contre les épidémies ou par le développement de l'hygiène publique.

Cette dimension collective explique l'intégration de la santé dans le domaine du politique devenant ainsi la santé publique. Dès la fin du dix-neuvième siècle, le développement d'une médecine sociale se fixait pour objectif de proposer une couverture sanitaire pour une population. L'intention sanitaire ne visait donc plus un sujet individuel mais une réalité collective. L'action déterminante de certaines villes pour la mise en œuvre des orientations définies par le courant hygiéniste est aujourd'hui reconnue.

Depuis la fin de la deuxième guerre mondiale dans les pays développés (Plan Beveridge en Grande-Bretagne, programme du Conseil National de la Résistance en France), la Santé est devenue un secteur clef de la vie politique, économique et sociale.

²³⁹ S. Menelle, « La peur de manger : l'interaction entre opinion médicale et croyances populaires au XIXe et au début du XXe siècle en Grande Bretagne », dans A. Garrigou (dir.), *La santé dans tous ses états*, Biarritz, Atlantica, 2000, p. 81-97.

²⁴⁰ D. Fassin, *L'espace politique de la santé*, op. cit. p. 231-238.

Pour mémoire, précisons que la France consacre 10 % de sa richesse nationale au financement de sa politique de santé alors que cet indicateur n'était que de 3 % en 1950 et 7 % en 1970²⁴¹. Le rappel de ces éléments permet de relier l'institutionnalisation du domaine sanitaire à l'évolution de son environnement. L'institution médicale, et plus particulièrement la position de la profession médicale, se retrouvent dans un cadre d'expérience où d'autres acteurs défendent leurs perspectives et contribuent ainsi à relativiser l'impact de l'intention thérapeutique dans les finalités de la santé publique. Il nous semble cependant que ces positions sont plus perceptibles aujourd'hui parce que les perspectives de chacun se croisent de façon conflictuelle. Lorsque l'objectif principal de la politique de santé était d'améliorer la couverture sanitaire de la population, les priorités étaient d'augmenter la densité de la profession médicale, la qualité et la quantité des équipements hospitaliers, le dynamisme des industries pharmaceutiques, bref une croissance économique régulière devait converger avec une politique de santé en développement continu. Aujourd'hui, les difficultés de financement du système de protection sociale conduisent les acteurs politiques à introduire une norme économique dans la définition de la politique de santé. En agissant ainsi, les pouvoirs publics ont mis évidence la position des autres acteurs de l'univers de la santé : les professions médicales, les industries pharmaceutiques, les usagers. Ils ont produit une relativisation de l'intention thérapeutique dans les propriétés du cadre d'expérience que constitue le secteur de la santé publique.

Parallèlement, l'institutionnalisation de la santé publique s'est accompagnée d'une définition extensive de la santé conduisant à la relier de plus en plus étroitement à la notion de bien-être social. Déjà au dix-neuvième siècle, le courant hygiéniste avait établi les premières connexions entre les maladies et les conditions sociales de leur production. Au vingtième siècle, cette médicalisation de la société s'est appuyée sur « un modèle médical, fortement marqué par le savoir psychologique » s'imposant « dans la définition et la prise en charge de nombreux problèmes publics contemporains. »²⁴²

Dans la socio-clinique contemporaine, les conditions sociales sont prises en compte via la médiation du langage psychopathologique. Suivant cette interprétation se constitue l'articulation entre le sanitaire et le social qui conduira à s'intéresser au « ressenti de la maladie »²⁴³ et à l'importance du « soutien social » pour y remédier. La prise en compte « du mal-être et des symptômes dépressifs » constitue une lecture de médicalisation qui, tout en

²⁴¹ F. Stasse, « Les acteurs de la politique de santé », *Pouvoirs* n°89, 1999, p. 65-78.

²⁴² D. Fassin, *Les figures urbaines de la santé publique*, op. cit., p. 37.

²⁴³ M. Joubert (dir.), F. Bertolotto, P. Bouhnik, *Quartier, Démocratie, et santé*, Paris, L'Harmattan, 1993, p. 21-22.

insistant sur l'influence des conditions sociales, suggère que ce sont des politiques sociales qui peuvent contribuer à l'amélioration de la santé publique. Elle repose sur l'idée qu' « une maladie peut avoir une origine qui n'est pas spécifique et qui dès lors n'est pas facilement repérable »²⁴⁴ en ouvrant de la sorte une chaîne de causalité provoquant l'extension de l'ensemble de définition des pathologies. Elle se traduit par « la nécessité de la prise en compte de la vulnérabilité des individus à la maladie »²⁴⁵ que l'on rapprochera de la mise en évidence de leurs conditions de vie. Cet élargissement de la chaîne de causalité implique les secteurs de la vie sociale concernés par l'amélioration des conditions de vie puissent relier leur propre perspective à celle de la santé publique. Ainsi d'autres acteurs pourront s'intégrer dans la perspective sanitaire et l'adopter partiellement. Il peut être fait mention ici des perspectives orientées vers l'aménagement urbain et l'environnement. Nous verrons dans le chapitre trois que cette conception trouve sa traduction dans certaines pratiques d'expertise locales en matière de santé publique.

Le langage associé à l'institution médicale est un langage social quand il définit une perspective qui peut être adoptée par un grand nombre d'acteurs soit parce qu'ils y insèrent leurs pratiques soit parce qu'ils en adoptent différents éléments en fonction d'une logique qui leur est propre. Ce n'est plus seulement le langage de la médecine mais celui d'une société qui se donne des moyens autres que ceux de la médecine pour mener à bien son projet²⁴⁶.

Dans le second point, nous montrerons que les pratiques sociales en matière de santé sont aussi identifiées comme des pratiques collectives. Cette inscription dans le cadre d'expérience des agents est perceptible dans le fait que « pour la majorité de la population, vivre mieux et en bonne santé est une visée *réaliste* », la demande thérapeutique apparaissant comme une « situation sociale se prolongeant dans le temps »²⁴⁷.

Les enquêtes « santé-soins-médicaux »²⁴⁸ permettent de rendre compte des comportements sociaux exprimant cette représentation.

Nous désignons ainsi par médicalisation une perspective attribuée aux médecins qui « en nommant et en désignant le dysfonctionnement corporel...contribue à créer la réalité sociale de la maladie »²⁴⁹ mais qui peut être adoptée par tous les agents.

²⁴⁴ M. Renaud, « De l'épidémiologie sociale à la sociologie de la prévention : 15 ans de recherche sur l'étiologie sociale de la maladie », *Revue épidémiologique et de santé publique*, volume 35, n°1, p. 3-19.

²⁴⁵ M. Renaud, art. cité, p. 7.

²⁴⁶ L. Berlivet, *op. cit.*, p. 261.

²⁴⁷ P. Adam, C. Herzlich, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan Université, 1995, p. 80.

²⁴⁸ P. Mormiche, « La médicalisation des comportements vue selon les résultats des enquêtes *santé-soins-médicaux* », dans P. Aïach, D. Delanoë (dir.), *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos Economica, 1998, p. 99-132.

²⁴⁹ P. Adam, C. Herzlich, *op. cit.*, p. 85.

Les usages métaphoriques du langage

Lorsqu'on dit que « la morosité est un virus qui est injecté pour paralyser celui qui le reçoit »²⁵⁰ on produit un commentaire de l'état social, dont on suppose qu'il peut être qualifié de « morose », non dépourvu d'hypothèses sur les raisons qui l'ont constitué. Cette référence au langage médical s'établit sur un procédé qui consiste à employer une formule qui suppose le plus grand nombre de lectures possibles afin d'engendrer l'adhésion la plus grande. Sur ce point, la formule politique côtoie parfois la technicité des prédictions astrologiques. Dans le domaine du commentaire journalistique, nous avons relevé que « les médecins soignent leur département »²⁵¹ ou que « le maire consulte à plein temps...en étant plus clinicien que technicien »²⁵². Nous ne produirons pas une liste plus étendue d'exemples, puisque ce type d'usages connotés du langage associé à l'institution médicale ne constitue pas le centre de notre réflexion. Il n'est pas inutile de souligner la complexité signifiante de ce langage dans ses usages quotidiens. Si nous essayons d'inventorier les questions que posent les trois références citées nous aboutissons à l'ensemble (non exhaustif) suivant : Que désignons-nous par morosité ? Un état général de l'opinion ? Comment le mesure-t-on ? Quand on évoque « l'injection d'un virus » signifie-t-on une référence au Sida ? Cela veut-il dire qu'il existe quelque part dans la société un agent qui pratique l'injection ? Serait-on alors dans un registre de diabolisation proche des croyances religieuses du Moyen-Âge ? La référence à l'intention de neutralisation s'inscrit dans une optique similaire.

Si le maire « consulte à plein temps » est-ce parce que la rencontre entre cet élu et ses administrés est assimilable à la situation de co-présence du colloque singulier ? En étant « plus clinicien que technicien » le médecin développe-t-il un agir public lié à son appartenance professionnelle ? Cela lui attribue-t-il une position singulière par rapport aux autres acteurs ? La compétence clinique est ici présentée en opposition à une compétence technique alors qu'elle peut recevoir au moins deux acceptions : celle qui la présente comme un ensemble de procédures (registre de l'objectivation) et celle qui insiste sur les qualités de perception du clinicien (registre de la subjectivité du sujet).

Les catégories construites dans une approche sanitaire peuvent être mobilisées dans des contextes dénués de tout rapport avec la santé comme ce fut le cas très récemment lorsque la ministre française des armées a justifié l'envoi des premières troupes en Côte d'Ivoire par le rappel du principe de précaution concernant la protection des résidents français dans ce

²⁵⁰ J-P Raffarin, *Sud Ouest*, 2 décembre 1995.

²⁵¹ *Le Quotidien du médecin* n°537, 15 mars 1994.

²⁵² *Sud Ouest*, article sur le Docteur J. Guitton, maire du Taillan Médoc (33).

pays²⁵³. S'agit-il d'accentuer la légitimité d'une démarche en l'indexant sur un registre d'éthicité sanitaire ?

Même s'il est difficile d'épuiser le questionnement auquel renvoient ces exemples, ces derniers permettent de comprendre que les usages de ce langage établissent un ensemble de connotations relativement large.

Il est difficile de passer sous silence le fait qu'il a été utilisé dans l'histoire par des acteurs et dans des contextes tragiques. Un proche de Franco entrant dans Barcelone, « ville ouverte » ne déclare-t-il pas que « le peuple catalan est malade » et qu' « il convient de lui appliquer le traitement adéquat » ?²⁵⁴ Le régime nazi ne fondait-il pas lui-même son argumentation de la discrimination raciale sur la qualification pathologique de certaines communautés (tziganes, juifs) ?²⁵⁵ Les usages possibles de ce langage laissent penser que ce n'est pas un langage anodin et qu'il peut servir de système de justification aux positions les plus extrêmes ou à celles exprimant un degré élevé de compassion.

Par exemple, celui qui avance que le bouddhisme est une forme de thérapie pour l'individu qui le pratique²⁵⁶ sait-il que dans l'antiquité la religion était présentée comme une thérapie pour soigner les dieux en réparation des imperfections humaines ? Dans cet usage de la thérapie l'objet du traitement est le contraire de ce qu'il était dans la première conception. À partir du même terme, deux significations différentes peuvent être proposées.

Peut-être faut-il expliquer cela par le caractère polythétique²⁵⁷ de certains mots appartenant au langage thérapeutique (traitement, soin, prescription, etc...). Mais il ne fait pas de doute que dans les usages sociaux de ce langage la « simplicité sémiologique fasse écran à la complexité du réel. »²⁵⁸

Les usages analogiques

Les usages analogiques du langage médical se distinguent des pratiques langagières de sens commun par leur intention, et la position de ceux qui l'expriment.

²⁵³ Il faut se référer à sa déclaration au journal de France Inter de 13 h, le lundi suivant le début de l'intervention.

²⁵⁴ Nous nous référons au passage d'un discours cité dans l'émission de France Inter, intitulée Histoires extraordinaires, du dimanche 15 octobre 2000 à 13h 30.

²⁵⁵ Nous pensons par exemple à l'entretien qu'avait réalisé Daniel Mermet avec un ancien médecin d'un camp de concentration. Ce dernier n'exprimait que peu de regrets par rapport à son action passée en se justifiant de la qualification qu'il construisait à propos de ces êtres humains.

²⁵⁶ *Sud Ouest*, du 3 septembre 2000. Nous citons la réflexion de M. Ricard, moine bouddhiste depuis trente ans, interprète français du Dalaï – Lama : « Mais s'il (le Bouddhisme) était simplement une religion sans chemin de transformation, il serait inutile, car son aspect thérapeutique est primordial. »

²⁵⁷ R. Boudon, *L'art de se persuader*, Paris, Fayard, 1990, p. 328.

²⁵⁸ P. Béchu, médecin généraliste, *Autrement*, n°68, mars 1985, p. 31.

Ainsi nous ne pouvons pas confondre les positions décrites plus haut avec celles qui se proposent de produire une interprétation de la société dans laquelle ils intègrent des catégories du langage médical. Nous verrons que dans cette position les usages restent différenciés.

Ainsi dans la conception que défendent Paul Berger et Thomas Luckmann²⁵⁹, la thérapie est présentée comme un « phénomène social global », qui « doit s'intéresser à des déviations des définitions *officielles* de la réalité ». Dans ce dessein, « elle est obligée de développer une machinerie conceptuelle pour *expliquer* de telles déviations et pour *conserver* les réalités ainsi défiées » ce qui « exige un corps de connaissance qui inclut une théorie de la déviance, un appareil diagnostique, et un système conceptuel pour la guérison des âmes ». De cette interprétation, il convient de dégager plusieurs points. Elle se situe dans le domaine des lectures à partir desquelles il devient possible de penser la société conçue comme une totalité. Le langage de la thérapie qui est associé à un secteur particulier de la vie sociale, l'institution médicale, est présenté comme pouvant être instrumentalisé dans un cadre de construction intersubjective plus large, celui des conceptions relatives à la vie en société. Cela parce qu'il propose aux agents un système d'intelligibilité et une pratique de transformation. C'est en ce sens là que l'institution thérapeutique est définie comme « un sous-univers de signification offrant une perspective sur la société entière »²⁶⁰.

De cette théorie, nous retiendrons trois propositions : le langage de l'institution médicale permet de connaître et d'agir ; le point de vue qu'il définit est transposable à d'autres secteurs de la société ; il autorise une représentation de la société globale.

La conception que développe Emile Durkheim nous paraît plus claire quant à ses fondements socio-historiques lorsqu'il affirme que « le devoir de l'homme d'Etat n'est plus de pousser violemment les sociétés vers un idéal qui lui paraît séduisant » mais que « son rôle est celui du médecin » parce qu' « il prévient l'éclosion des maladies par une bonne hygiène et, quand elles sont déclarées, il cherche à les guérir »²⁶¹. Rejoignant ainsi une position que l'on retrouve souvent affirmée : « La médecine est une science sociale, et la politique n'est rien d'autre que la médecine sur une grande échelle »²⁶². La mise en équivalence des postures qu'il propose, s'appuie sur une représentation typifiée qui accompagne l'histoire de l'institution médicale et des agents qui l'incarnent ou qui l'ont incarnée. La permanence de cette

²⁵⁹ P. Berger, T. Luckmann, *op. cit.*, p. 154-155.

²⁶⁰ P. Berger, T. Luckmann, *op. cit.*, p. 120.

²⁶¹ E. Durkheim, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, 1999, p. 75.

²⁶² Formule de Rudolf Virchow citée par E. H. Ackerknecht dans *La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*, Paris, Payot, 1986, p. 197.

représentation est liée aux rapports entre les agents, l'institution médicale et le langage de la thérapie. Durkheim appuie sa position en proposant un mode de classement des faits sociaux centré sur la dichotomie²⁶³ « normalité / pathologie » directement inspirée du langage médical. Il n'est pas inutile de replacer son argumentation dans le contexte historique de l'époque notamment l'héritage positiviste d'Auguste Comte, les progrès de la médecine, l'institutionnalisation des premières initiatives hygiénistes. Elle s'inscrit dans le prolongement d'une analogie entre la représentation du corps social et celle de l'organisme humain. Lorsque Durkheim présente sa méthode de classement en opposition à la méthode idéologique, il situe sa position dans le champ des postures d'intelligibilité où l'exposition de compétences renvoie au positionnement respectif des acteurs. Néanmoins nous retenons de cette perspective que le langage associé à l'institution médicale fournit un système d'analogie avec le gouvernement des sociétés parce qu'il propose ce que Foucault appellera un « nouveau codage du champ d'objets »²⁶⁴. Dans la conception durkheimienne c'est le couple « normalité / pathologie » qui sert de critère fondateur parce qu'il appelle l'exercice d'une capacité transformatrice. Comme dans l'interprétation précédente les deux dimensions du savoir et de l'agir cohabitent.

Avec la conception que Michel Foucault a résumée en une « bio-politique de la population »²⁶⁵ la perspective est sensiblement différente. Elle lie « le gouvernement de la vie »²⁶⁶ au gouvernement des sociétés. Le langage de l'institution médicale définit une entrée pour la construction des réalités sociales mais il procède à cette définition du point de vue du pouvoir politique. C'est une perspective que nous retrouverons dans la deuxième partie de la thèse au moment d'étudier les politiques locales de santé lorsque, par exemple, on fera du langage de la santé publique « un opérateur de sens » qui « signifie une réalité sociale en la cristallisant autour d'un problème sanitaire »²⁶⁷.

Le courant d'interprétation porté par l'analyse de Michel Foucault conduit à distinguer les deux entrées que fournit le langage associé à l'institution médicale dans l'interprétation de la réalité sociale. Par la première, l'accent est mis sur les usages que peut en faire le pouvoir

²⁶³ *Les règles de la méthode sociologique*, en particulier les chapitres 3 et 4.

²⁶⁴ M. Foucault, *Naissance de la clinique*, *op. cit.*, p. 82.

²⁶⁵ M. Foucault, *Dits et écrits, 1954-1988. IV. 1980-1988*, édition établie par D. Defert et F. Ewald, Paris, Gallimard, 1994, p. 222-223.

²⁶⁶ D. Fassin, « Politique des corps et gouvernement des villes : la production locale de la santé publique », dans D. Fassin (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique*, Paris, La Découverte, 1998, p. 14.

²⁶⁷ D. Fassin, *ibidem*.

politique lorsqu'il se propose de la gouverner. Dans cette hypothèse, « on peut voir dans la santé publique l'un des langages du social aujourd'hui »²⁶⁸.

Avec la seconde, ce langage est situé dans la construction intersubjective des réalités sociales soulignant que « le langage dans lequel on s'exprime à propos de la santé et de la maladie, dans lequel on interprète les causes, les manifestations et les conséquences, n'est pas un langage du corps : c'est un langage du rapport de l'individu à la société »²⁶⁹.

De fait, si « la médecine a progressivement étendu sa juridiction à d'autres champs que celui de la maladie »²⁷⁰, c'est aussi parce qu'un plus grand nombre de champs peut être saisi à partir de la santé. Avec l'exemple de l'agir local en matière de santé, principalement évoqué dans le chapitre 3, il est possible de mesurer l'accès à des réalités sociales à partir d'une entrée par une perspective de santé. L'utilisation d'une catégorisation de type sanitaire pour statuer sur une réalité sociale, c'est aussi pour celui qui l'exprime une façon de rechercher une reconnaissance du bien-fondé de son analyse ou de son action.

La compétence de désignation que nous venons de présenter est indissociable d'une intentionnalité performative. Le propre d'une désignation en terme d'état pathologique est de lui associer une pragmatique de réparation.

Soulignons cependant que la description de ce caractère performatif ne résout pas l'équation signifiante du *care* et du *cure*. Il est utile d'apporter quelques précisions sur ce point. En soulignant que « le mot anglais *cure*, qui signifie à la fois soins, cure, traitement, et guérison, avait à l'origine le sens de *care*, c'est-à-dire soin, intérêt, attention, et n'a pris qu'ensuite le sens de traitement médical, puis de guérison »²⁷¹, on rappelle que la posture thérapeutique reste marquée d'une ambiguïté que l'on situerait entre le soin et la guérison. La demande des patients et le cadrage éthique de la posture médicale affirment la prévalence de la guérison dans l'intention réparatrice. Or si le soin peut être vérifié avec plus ou moins d'exactitude, la guérison reste malgré tout incertaine. Cette ambivalence est exprimée par certains médecins quand ils évoquent à propos des contraintes normatives de leur pratique une obligation de moyens et non une obligation de résultat.

Les différentes conceptions qui ont été présentées ici recourent deux ordres de réflexion distincts. Le premier conduit à s'interroger sur les différents usages sociaux et politiques de la

²⁶⁸ D. Fassin, *ibidem*.

²⁶⁹ C. Herzlich, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, op. cit., p. 64.

²⁷⁰ C. Herzlich, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, op. cit., p. 81.

²⁷¹ Voir l'article de Françoise Carasso, « L'enseignement et les soins : deux professions impossibles ? », *Esprit*, et la référence qu'elle fait à D. W Winnicott, « Cure », *Conversations ordinaires*, Gallimard, Paris, 1988.

perspective sanitaire : que peuvent dire et faire les agents à partir d'une thématique centrée sur la santé et la maladie ?

Le second invite à se demander si le langage de l'institution médicale ne définit pas un modèle de compétence, système de signification disponible permettant de considérer que « comme les autres organismes vivants, la société est susceptible d'être traitée pour des pathologies et *la nouvelle science de la société est aussi thérapeutique* : l'économie politique, la législation, la morale publique et tout ce qui constitue l'administration des intérêts généraux de la société ne sont qu'une collection de règles hygiéniques. »²⁷²

Une perspective bio-thérapeutique

Appréhender la médecine dans « son rapport à l'ensemble des savoirs, des pratiques, des institutions, des *visions du monde*, des sociétés qui l'englobent et la modèlent »²⁷³, conduit à s'interroger sur ce qui la dépasse. Il n'existe pas seulement un langage de la médecine mais un langage qui permet de faire vivre une perspective sociale. Il est adopté par d'autres acteurs que les médecins pour désigner des comportements individuels et collectifs. Il permet de participer à la construction des objets sociaux en introduisant une échelle de normativité. En ce sens là la médicalisation peut prendre une dimension politique²⁷⁴. Ce n'est pas seulement la santé publique qui constitue « un signifiant flottant, un surplus de signification que la société apporte non seulement pour donner sens à des réalités complexes, mais aussi pour agir sur les problèmes concrets qu'elles lui posent. »²⁷⁵ C'est le langage de la thérapie de la vie en tant qu'il peut révéler des perspectives individuelles et collectives.

Le langage médical, par la diversité des usages sociaux qu'il habilite, contribue à définir une perspective associée à la position sociale de la profession médicale. Perspective qui s'exprime dans l'univers des significations et des réalités matérielles, pouvant intégrer des perspectives concurrentes et les acteurs qui les portent comme cela a été le cas avec le courant hygiéniste. Nous l'avons qualifiée de perspective bio-thérapeutique parce que son objet essentiel est le soin de la vie par et pour une diversité d'acteurs individuels et collectifs. Elle est d'autant plus disponible à la compétence des agents qu'elle supporte le langage d'une compétence d'acteur. Chaque individu peut y trouver une façon de comprendre la réalité et d'y agir.

²⁷² L. Boltanski, L. Thévenot, *Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 1991, p. 152.

²⁷³ R. Boudon, P. Besnard, M. Cherkaoui, B-P. Lécuyer, *Dictionnaire de sociologie*, Paris, Larousse, 1989, p. 125.

²⁷⁴ D. Fassin, « Les politiques de médicalisation », dans P. Aïach, D. Delanoë (dir.), *L'ère de la médicalisation*, Paris, *Anthropos Economica*, 1998, p. 7.

3.2.1.2 Le langage d'une compétence d'acteur

Si le langage porté par les représentants de l'institution médicale exprime un modèle de compétence, quels peuvent en être les éléments ? La modestie de notre projet repose sur les limites de notre interprétation. Nous partirons d'une conception formalisée du colloque singulier pour essayer de comprendre ce qui s'y joue. Bien entendu, la relation thérapeutique ne se limite pas à ce type de situation. Le colloque singulier est souvent présenté comme une situation emblématique du rôle professionnel de médecin et du rôle social de patient. Il apparaît aussi dans des contextes où il est l'image d'une posture spécifique incluant une façon de désigner des réalités et de les soumettre à un agir. Par exemple, on a pu soutenir à propos du « regard hygiéniste » que « le diagnostic a donc été ici posé avec rigueur, au prix d'observations multiples, et c'est une véritable médicalisation sociale qui a été proposée, qui tient compte de la nature du mal sans chercher à remonter à ses causes premières. On a là une thérapeutique de symptôme, tendant à limiter la visibilité nocive du mal, sans chercher une éradication impossible du mal. »²⁷⁶

Ce point est donc d'un double intérêt. Il doit permettre de comprendre ce qui peut constituer un modèle de compétence disponible à la compétence des agents tout en ouvrant un questionnement sur la possibilité d'une reproduction de ce modèle dans des contextes différents de celui du colloque singulier.

Que définissons-nous lorsque nous présentons le langage de l'institution médicale comme un système de signification disponible capable de désigner des états, de les qualifier et d'en proposer la transformation si ce n'est un modèle de compétence²⁷⁷ disponible à la compétence des agents dans la mesure où ces derniers peuvent l'intérioriser de façon discursive ou tacite et le reproduire dans leurs pratiques.

Le langage associé est porteur d'un modèle de compétence qu'il est possible de reconstruire à partir de quatre éléments : la désignation des objets, leur connaissance et leur pertinence ; la reconnaissance des agents, ses modalités et ses critères ; celui du pouvoir en tant que capacité transformatrice ; celui de la légitimité de l'agir.

²⁷⁵ D. Fassin, *Les figures urbaines de la santé publique*, Paris, La Découverte, 1998, p. 13.

²⁷⁶ P. Guillaume, *Le rôle social du médecin depuis deux siècles*, op. cit., p. 36.

²⁷⁷ Nous nous basons ici sur l'ensemble de définition de la compétence proposé par le dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française, *Le Robert*, p. 854.

3.2.1.2.1 Un langage de désignation : l'individuation problématique

Avec la clinique, le langage médical dispose d'un système de désignation et de qualification des objets qui peut être appliqué aux faits sociaux. En continuité avec la conception durkheimienne, « les faits sociaux *cliniques* sont des faits sociaux qui font problème à l'intérieur d'une forme sociale donnée (organisation ou institution) »²⁷⁸. Ce qui fait problème peut être analysé comme une pathologie. La notion de problème connote plus nettement des caractères d'individuation et de saillance.

C'est la maladie qui appelle l'intervention clinique du médecin que celui-ci prolonge en proposant une qualification de l'état du patient. Le terme d'individuation est utilisé, pas seulement en raison de la dimension relationnelle du colloque singulier, mais aussi parce que l'objet désigné est éminemment singulier. Que ce soit pour la désignation de la maladie ou celle de son territoire, le sujet, la désignation clinique s'appuie sur une perspective d'individuation des objets. La distinction entre l'individuation et l'individualisation est plus clairement exprimée ainsi. La seconde s'intéresse plus aux agents qu'aux objets.

Ce point de vue n'est pas contradictoire avec une conception qui insiste sur la dimension collective des maladies comme cela est le cas avec une épidémie. Selon une approche épidémiologique, les groupes atteints sont toujours saisis dans une perspective d'individuation par rapport à l'ensemble de la société. Donc si le groupe est perçu en tant que collectif par le langage de la médecine, c'est à partir des propriétés qui ont servi à le singulariser dans la société.

Mais si la désignation réalisée par la clinique est une « certaine manière d'aborder les problèmes »²⁷⁹, c'est pour un second aspect qui paraît tout aussi important. Si c'est « le pathos qui génère le logos parce qu'il l'appelle »²⁸⁰, le travail de qualification qui suit la désignation lui est complémentaire. Non seulement le caractère pathologique est individué mais il est aussi un fait saillant, il surgit comme « un signal marquant les limites d'une tolérance »²⁸¹.

Le regard clinique ne peut fournir une représentation exhaustive de la totalité du patient, il se focalise sur un point qui fait problème dans un agencement physiologique global et peut déboucher ensuite sur une analyse plus générale de la pathologie ou de la personne. Seul nous importe ici le point de départ, ce qui fait qu'un agir va se développer ou non.

²⁷⁸ N. Aubert, « Du travail organisé à l'organisation instituante : frontières et limites de la sociologie clinique », dans V. De Gaulejac, S. Roy (dir.), *Sociologies cliniques*, Marseille, Hommes et perspectives, 1993, p. 71.

²⁷⁹ N. Aubert, *op. cit.*, p. 70.

²⁸⁰ G. Canguilhem, *op. cit.*, p. 139.

²⁸¹ M. Edelmann, *Pièces et règles du jeu politique*, Paris, Seuil, 1991, p. 55.

Nous retrouvons ici ce que nous avons signalé dans l'œuvre de Durkheim et de Foucault. La clinique peut apparaître alors comme un mode d'interprétation des réalités sociales développant des processus de focalisation²⁸² qui atténuent la portée des autres réalités²⁸³.

À ce stade de notre réflexion, nous distinguerons deux aspects dans l'individuation problématique. Le premier concerne « l'émergence problématique »²⁸⁴ de la réalité sociale, celle qui fait qu'un de ses aspects devient saillant pour une ou plusieurs catégories d'acteurs. Le deuxième ajoute au précédent un effort de problématisation de la réalité signalée et le situe alors dans un cadre de construction sociale.

Cette problématisation n'a pas seulement pour objet de connaître mais de définir un « savoir pour agir » assez proche d'une conception positiviste²⁸⁵ car « il ne faut pas oublier... que s'il y a intérêt à distinguer le normal de l'anormal, c'est surtout en vue d'éclairer la pratique »²⁸⁶.

3.2.1.2.2 La légitimation de l'agir : une posture performative

Si la médecine est souvent présentée comme une « science des pannes »²⁸⁷, les contextes dans lesquels son agir se développe sont cadrés d'un point de vue temporel et spatial. La qualification pathologique appelle un agir immédiat et plus ou moins continu. Elle suppose également un processus de localisation définissant un territoire d'application de l'action.

Les deux premières propriétés du cadre concernent la dimension spatiale et temporelle

L'émergence problématique d'une réalité sociale est comparée ici à la survenance d'un fait pathologique. En constatant l'émergence problématique d'une réalité les agents sont contraints de statuer sur le cadre temporel dans lequel ils vont devoir agir. Diagnostiquant une pathologie, le médecin doit agir relativement rapidement, par définition, il ne peut rester sans rien faire. Or quand il faut agir vite, il faut aussi connaître vite. Cela implique de choisir un mode de connaissance adapté au degré de gravité pathologique attribué à la situation. Sur ce point, il est concevable d'opposer la démarche du chercheur à celle du médecin. La

²⁸² M. Edelmann, *op. cit.*, p. 43 et 63.

²⁸³ M. Edelmann, *op. cit.*, p. 62.

²⁸⁴ P. Hassenteufel, « L'émergence problématique d'une nouvelle santé publique », dans D. Fassin (dir.), *Les figures urbaines d'une nouvelle santé publique*, Paris, La Découverte, 1998.

²⁸⁵ G. Canguilhem, *op. cit.*, p. 58.

²⁸⁶ E. Durkheim, *op. cit.*, p. 60.

²⁸⁷ L. Israël, *Encyclopedia Universalis, op. cit.*, p. 7.

compétence de l'acteur est partiellement définie par sa position dans un contexte. La thérapie est évoquée ici dans le sens qui est « réparateur » ou « restaurateur » et non préventif.

Il n'est pas interdit de penser que l'émergence problématique puisse connoter une légitimation implicite de l'urgence qui conditionne tout autant la nature du savoir mis en œuvre que la nécessité d'une réponse en terme d'agir.

La dimension spatiale s'exprime ici dans la relation entre celui qui perçoit et désigne et l'objet de son intention. La notion d'examen clinique rappelle que ce qui est connu est principalement ce qui est palpable, matériellement identifiable. Ce qui peut conduire à légitimer la position de ceux qui disent connaître la réalité en raison de la faible distance qui les relie aux réalités qu'ils entendent connaître et transformer.

La légitimation de l'agir

Le troisième élément de ce cadre d'expérience se trouve dans la légitimation d'un agir conçu comme une « capacité transformatrice » résultant du caractère pathologique de la réalité. Si la thérapie apparaît comme un agir nécessaire, celui-ci repose sur une ambiguïté. Il faut distinguer l'intention de guérison de la pragmatique du soin. Comme le soulignait un médecin au cours d'un entretien, « il n'y a pas une obligation de résultat mais une obligation de moyens ». En ce sens, la compétence thérapeutique se décline davantage en une pragmatique du soin finalisée sur un objectif de guérison. Si le médecin a le devoir de soigner, il n'a pas toujours le pouvoir de guérir.

La forme de compétence décrite ici n'est-elle pas susceptible de contribuer à la construction des problèmes sociaux²⁸⁸ en proposant un mode de description des réalités sociales sur lesquelles l'agir devient nécessaire ?

Murray Edelman a montré les ressources que peut trouver le discours politique lorsqu'il se construit à partir de la mise en évidence des problèmes. C'est pour lui « un mode d'exclusion qui bannit l'histoire et la structure sociale du champ de notre attention »²⁸⁹ en apportant une forme de rationalité au discours politique²⁹⁰.

La thérapie est une notion repérable dans d'autres secteurs de la vie sociale comme peut le montrer une approche de type anthropologique²⁹¹ ou tout simplement par le constat qu'à certaines époques la fonction de soin pouvait être assurée par des catégories sociales

²⁸⁸ M. Edelman, *op. cit.*, chapitre 2.

²⁸⁹ *idem* p. 78.

²⁹⁰ *idem* p. 55.

²⁹¹ Voir la synthèse réalisée sur ce point par Didier Fassin dans son ouvrage *L'espace politique de la santé*, que nous avons mentionné plus haut.

n'appartenant pas à l'institution médicale. Mais ceci n'est pas suffisant pour établir que le langage associé à l'institution médicale fournit un modèle de compétence à la disposition des agents. C'est la raison pour laquelle, il est apparu nécessaire d'en reconstituer les principaux traits en les rattachant à ceux d'une compétence politique.

L'adoption de la posture que nous venons de présenter conduit donc à concevoir la mise en œuvre d'un agir suivant le rythme d'émergence problématique des réalités qui peut constituer des « cycles d'attention aux questions »²⁹². Elle incite à s'interroger sur la construction sociale des problèmes²⁹³, aussi bien du point de vue des agents que de celui du pouvoir politique, pour vérifier qu'elle constitue un système de signification disponible capable d'orienter la construction intersubjective des « contours du monde social »²⁹⁴.

3.2.1.2.3 La reconnaissance des acteurs dans le colloque singulier

En se référant à la structure du colloque singulier, il est possible d'y déceler une économie relationnelle reposant sur une configuration particulière de reconnaissance.

En premier lieu, il instaure une reconnaissance réciproque des positions entre « ceux qui exercent l'autorité et ceux qui l'acceptent »²⁹⁵ reproduisant dans la singularité de la situation les propriétés d'un système de légitimation plus général qui établit des « pôles d'autorité »²⁹⁶ dans la société.

En second lieu, si la plainte du patient est « l'origine temporelle et le point de départ inconditionnel de l'intervention médicale »²⁹⁷, elle provoque un processus de reconnaissance de la singularité du sujet parce que « les symptômes subjectifs priment sur les symptômes objectifs »²⁹⁸. En ce sens, la relation thérapeutique ne mobilise-t-elle pas ce qui paraît central dans la vie collective à savoir les modalités de reconnaissance des individus²⁹⁹ ? La reconnaissance en jeu dans la relation thérapeutique peut aussi bien faire l'objet d'une lecture institutionnelle des rôles que d'une lecture en terme d'affect. Cette dimension d'affect

²⁹² A. Downs, *Up and down with Ecology : The Issue – Attention Cycle*, *The Public Interest*, n°28, été 1972, p. 38–50.

²⁹³ M. Peroni, « Action publique et formes normales de l'accord public », dans *Les raisons de l'action publique*, Paris, L'Harmattan, 1993, p. 6.

²⁹⁴ M. Edelman, *op. cit.*, p. 37.

²⁹⁵ *Ibidem*.

²⁹⁶ M. Edelman, *op. cit.*, p. 50.

²⁹⁷ N. Dodier, *L'expertise médicale, essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié, 1993, p. 126.

²⁹⁸ N. Dodier, *ibidem*.

²⁹⁹ Voir nos précédentes références aux travaux de Charles Taylor et de Axel Honneth.

rappelle la part d'intersubjectivité qui accompagne tout processus de reconnaissance. De ce point de vue la relation thérapeutique s'inscrit en conformité avec les modalités actuelles qui régissent les systèmes de reconnaissance fondés sur la singularité des individus. Cependant, ce constat doit être nuancé par le fait qu'une évolution juridique récente, visant à institutionnaliser les droits du patient, introduit une nouvelle forme de reconnaissance plus étroitement liée à la conception universaliste des droits de l'homme.

La reconnaissance de l'être humain ne s'établit plus uniquement sur un élément de singularité, ici la maladie reconnue par le médecin. Elle repose sur un élément d'universalité consacré par le régime juridique des droits du patient. Le traitement de la maladie individuelle est fondé sur le droit universel à être soigné, tel qu'il est reconnu à tout citoyen.

3.2.1.2.4 Le cadrage de la relation thérapeutique par la contrainte morale

Le dernier élément de cadrage de la relation thérapeutique est constitué par la présence d'une exigence morale.

Le médecin, pour rester fidèle au serment d'Hippocrate, doit concevoir le soin comme un impératif moral avec lequel il ne peut transiger. Le secret professionnel constitue une protection, une sorte d'équivalence pratique à une exigence morale.

Pour le médecin, tous les malades sont égaux, ils doivent être traités en fonction de leur état et de rien d'autre.

La primauté de la signification morale est donc un élément de cadrage de la relation thérapeutique parce qu'elle est antérieure au regard clinique et à l'agir thérapeutique.

Suivant notre interprétation, nous devons vérifier si ce cadrage par la signification morale est repérable dans la construction intersubjective de l'agir individuel et collectif pour démontrer sa disponibilité à la compétence des agents.

Le langage associé à l'institution médicale produit un système de signification disponible en définissant une forme de compétence sociale fondée sur un mode de construction des objets sociaux légitimant un certain type d'agir dans lequel s'établit une reconnaissance des sujets fondée sur le cadre contraignant de la signification morale.

Si l'institution médicale est « un sous-univers de signification porté par une collectivité particulière », la profession médicale, qui « produit continuellement les significations en

question et dans lesquelles ces significations possèdent une réalité objective »³⁰⁰, fournit une porte d'entrée sur une réalité sociale d'une grande complexité. La position sociale attribuée à la profession médicale découle davantage de la perspective engendrée par cette position que de l'identité de la profession médicale elle-même. Les usages variés du langage associé à cette perspective permettent de comprendre les différentes formes d'engagement des agents dans cette perspective. Il faut à présent essayer de comprendre de quelle façon « la médicalisation intervient dans la construction politique du monde »³⁰¹.

3.3 De la production de sens à la production de rôles politiques

À côté de celui de médecin, la position sociale de la profession médicale autorise une diversité de rôles. Cette lecture va à contre-courant de celle exprimée par Talcott Parsons lorsqu'il considère qu'« un individu qui s'efforce à devenir expert en matière de santé et de maladie se ferme une compétence comparable en d'autres domaines. »³⁰² Selon son analyse, « le médecin dans son rôle moderne n'est plus un sage, bien qu'il y ait toute une tradition populaire qui aille dans ce sens, mais un spécialiste dont la supériorité est limitée au domaine particulier de sa formation technique et de son expérience. »³⁰³ Pourtant, les médecins qui interviennent dans une position d'expertise n'exécutent pas leur rôle professionnel. Ils agissent en fonction de la compétence qui leur est reconnue mais dans un cadre d'expérience différent. Parmi ces rôles, certains conduisent des médecins à participer à des cadres d'expérience de nature politique. La diversité des rôles rendue possible par la position est mesurée par l'agir développé par une partie de cette profession. C'est pourquoi nous mentionnons « des médecins » autant que « les médecins » ou « la profession médicale ».

Dans l'univers politique, des acteurs occupent des positions et proposent des perspectives pour définir et mettre en œuvre un agir public dont l'origine est attribuée au pouvoir politique et où l'intention majeure est qualifiée en terme de bien public. Dans ce contexte, il convient de s'intéresser autant aux rôles tenus par des médecins qu'à la perspective qu'ils incarnent et qui a sa propre spécificité dans le domaine des significations politiques. Le langage associé à

³⁰⁰ P. Berger, T. Luckman, *op. cit.*, p. 119–120.

³⁰¹ D. Fassin, « Les politiques de médicalisation », dans P. Aïach, D. Delanoë (dir.), *L'ère de la médicalisation*, Paris, *Anthropos Economica*, 1998, p. 12.

³⁰² T. Parsons, *Eléments pour une sociologie de l'action*, *op. cit.*, p. 198.

³⁰³ T. Parsons, *ibidem*.

l'institution médicale intervient alors dans la définition des perspectives et la construction intersubjective des réalités sociales et politiques.

Sur la base de ces indications, le questionnement suivant sera proposé.

Comment des médecins accèdent-ils à des positions dans l'univers politique ? Sur quelles bases s'établit la reconnaissance dont ils font l'objet ? Dans quelle mesure mobilisent-ils la perspective associée à leur position ? Cette perspective est-elle adoptée par les acteurs du cadre d'expérience politique ? Quelle est la contribution apportée par ces médecins au fonctionnement de ce cadre ?

L'idée centrale sur laquelle est bâti notre développement est la suivante :

Des médecins sont conduits à occuper des positions dans le cadre d'expérience politique parce que les propriétés de ce cadre rendent possible, à un moment particulier de l'histoire, la réception de la perspective d'agir proposée par ces médecins. En se référant à une dynamique historique, la profession médicale accède à l'univers politique sur la base d'une position d'expertise en matière de santé. Mais les usages de cette position varient suivant les contextes et l'interprétation que les médecins en font. Certains d'entre eux peuvent être conduits à proposer une perspective dont l'entrée est formulée dans un langage pouvant être associé à l'institution médicale mais où la visée est une remise en question partielle des propriétés du cadre d'expérience politique. Cette perspective s'incorpore dans l'agir public au moyen du langage associé à l'institution médicale incarnée par les médecins parce que si « la réalité est socialement définie..... les définitions sont toujours incarnées, c'est à dire que des individus et des groupes d'individus servent à définir la réalité ».³⁰⁴

³⁰⁴ P. Berger, T. Luckmann, *op. cit.*, p. 159.

3.3.1 L'entrée de la profession médicale dans le cadre d'expérience politique par la position d'expertise

L'entrée de certains médecins dans le cadre d'expérience politique passe par une position d'expertise attribuée à une partie de ses membres. L'accès à cette position d'expertise est le résultat d'un ensemble de processus.

L'accès de certains médecins à cette position s'explique par des processus internes à la profession. Des instances professionnelles se sont constituées au fil du temps une compétence particulière grâce à la réflexion qu'elles ont pu développer sur certaines questions. Les médecins qui ont participé à ce mouvement se retrouvent les mieux placés pour bénéficier de la reconnaissance dont ces instances font l'objet. Le courant hygiéniste au dix-neuvième siècle et le comité consultatif d'éthique depuis vingt ans sont les exemples les plus évidents.

Cette position est rendue possible par un état donné du cadre d'expérience politique. La réception est une reconnaissance des médecins par les acteurs du cadre politique. Elle est aussi l'acceptation de la perspective qu'ils portent. La présence de médecins parmi les acteurs politiques peut faciliter ces opérations de reconnaissance. Trois exemples permettent d'illustrer ces assertions : la participation des médecins au courant hygiéniste au dix-neuvième siècle, l'inscription des médecins dans le courant humanitaire, l'insertion des membres de la profession médicale dans les activités d'éthique.

3.3.1.1 La dynamique de constitution de la compétence

Avant d'étudier le courant hygiéniste, il faut rappeler que des médecins se sont trouvés dans la contiguïté du pouvoir politique dans des périodes plus anciennes, pour intervenir dans la lutte contre les épidémies³⁰⁵ par exemple.

Antérieurement à la formation d'un « lobby hygiéniste »³⁰⁶, des membres de la profession médicale avaient dès le début du dix-neuvième siècle manifesté un intérêt pour les questions qui relevaient à l'époque de la salubrité publique pour prévenir les risques d'épidémies. Ainsi les Annales d'hygiène publique et de médecine légale étaient créées en 1829. L'hygiène avait sa place tant au niveau de l'enseignement que de l'Académie royale de médecine. Cette discipline naissante avait sa traduction dans l'organisation administrative de certaines

³⁰⁵ D. Fassin, *L'espace politique de la santé*, op. cit., p. 233-239.

³⁰⁶ O. Faure, *Histoire sociale de la médecine (XVIIIe – XXe siècles)*, Paris, Anthropos, 1994, p. 242-244.

collectivités (Conseil de salubrité publique de la Seine mis en place en 1802). L'inscription de la profession médicale dans la constitution du courant hygiéniste s'établit progressivement sur un siècle avec l'affirmation croissante d'une position d'expertise résultant de la production scientifique réalisée dans ce domaine qui se traduira par une demande de reconnaissance de sa compétence³⁰⁷.

Elle sera relayée dans les instances politiques par la présence de médecins dans l'appareil gouvernemental ou au sein du parlement.

À la même époque que l'hygiénisme, la lutte contre l'alcoolisme fournit un autre exemple illustrant l'intervention d'une partie du corps médical, les médecins aliénistes, pour contribuer à la mise en forme politique d'une question devenue problématique par sa qualification sanitaire.

Dans la lutte qui s'est organisée pour l'interdiction de l'absinthe, il y a eu des connexions, à partir des recherches des médecins aliénistes, entre la folie et l'alcoolisme. Tout le travail effectué par les médecins aliénistes va servir de base à une construction tendant à établir des liens entre la consommation d'alcool, les manifestations de la folie et la misère. L'alcoolisme est ainsi associé aux risques sociaux et politiques³⁰⁸. La perspective produite par la médecine aliéniste est accueillie en raison de l'autorité de son statut scientifique et elle sera interprétée par les acteurs du cadre politique selon les propriétés téléologiques de ce cadre.

La médecine humanitaire et l'antériorité de l'humanitaire

Avant de devenir, dans les années 80, un élément saillant des relations internationales, la médecine humanitaire a constitué sa position sur un certain nombre de réalités.

La première, c'est que le secteur humanitaire comme registre d'action proposé aux acteurs de la vie internationale existait à travers des institutions et un univers de droit établi depuis la fin du dix-neuvième siècle : action du Comité International de la Croix-Rouge depuis 1863, conventions en droit international public (Droit de Genève et de La Haye), création du Haut-Commissariat aux réfugiés en 1951.

Depuis le début du vingtième siècle, des opérations humanitaires ont été menées par des organisations privées à l'échelle internationale³⁰⁹.

³⁰⁷ A. Rasmussen, « L'hygiène en congrès (1852-1912) : circulation et configurations internationales », dans P. Bourdelais (dir.), *Les hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques*, Paris, Belin, 2001, p. 224-225.

³⁰⁸ C. Voilliot, « La croisade contre l'absinthe », dans A. Garrigou (dir.), *La santé dans tous ses états*, Biarritz, Atlantica, 2000, p. 133-159.

³⁰⁹ P. Ryfman, *La question humanitaire*, Paris, Ellipses, 1999, p. 41-43.

Le deuxième point sur lequel il convient d'insister est l'histoire de la médecine humanitaire puisque les premières interventions se situent vers la fin des années 60 (Guerre du Biafra 1967-1970) et qu'elles s'accroissent au cours de deux décennies suivantes. La position singulière attribuée à la médecine humanitaire dans les années 80 correspond à une reconnaissance de la compétence formée au cours des années antérieures.

Il faut souligner que le contexte international était fortement polarisé sur l'opposition des blocs dans la continuité de la Guerre Froide, et que les conflits locaux restaient largement imprégnés de cette influence. On pense notamment aux guerres d'indépendance dans la péninsule indochinoise ou à celles résultant de la décolonisation portugaise à partir de 1974. Les médecins humanitaires ne pouvaient s'engager que sur des terrains où cette contrainte était moins présente. La conception de l'intervention qui prévalait était celle que les auteurs classiques du droit international public fondaient sur le constat d'« une lésion de la société humaine » lorsqu'une des deux parties au conflit enfreignait certains principes du droit international public³¹⁰.

C'est seulement à la fin des années 70 que les médecins humanitaires s'engageront sur des terrains où se trouve impliquée ouvertement une des deux grandes puissances comme ce fut le cas en Afghanistan.

La participation de membres de la profession médicale aux activités d'expertise dans le domaine de l'éthique peut être analysée de différentes façons.

D'une part, il ne fait pas de doute que les médecins qui participent à des missions d'expertise appartiennent à « l'élite » de la profession, en raison de leur appartenance à l'Académie de médecine ou qu'ils occupent une position au sein du Conseil de l'Ordre, soit parce que leur parcours professionnel leur a permis d'établir une position dans l'institution³¹¹.

D'autre part, l'éthique est le domaine qui a le plus d'antériorité parce qu'il est lié au cadrage normatif de l'activité professionnelle. Lorsqu'il s'agit d'une réflexion éthique à visée déontologique, la position de la profession médicale est le produit d'une histoire et de ce qu'elle peut percevoir comme une nécessité pratique. Par exemple, dans le cadre du Comité consultatif d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, elle a été conduite à faire connaître ses conceptions sur l'évolution des relations entre les médecins et leurs patients

³¹⁰ C. Zorgbibe, *Le droit d'ingérence*, Paris, PUF, QSJ, 1994, p. 9.

³¹¹ Voir sur ce point, *50 ans d'exercice de la médecine en France, op. cit.*, p. 117 – 122.

dans plusieurs domaines : expérimentation génétique, procréation assistée, information et autonomie de décision du patient³¹².

Mais le questionnement éthique se pose de façon de plus en plus aiguë avec le développement de la recherche scientifique parce qu'il apparaît de plus en plus nécessaire d'encadrer les activités de recherche, et donc le travail des membres de la profession médicale qui exercent ce type de compétence. De plus, l'application médicale des résultats de la recherche médicale conduit dans certains cas à une redéfinition des compétences entre différents acteurs du corps médical³¹³.

Par le biais de la réflexion éthique qui concerne l'exercice de la médecine à plusieurs titres, les membres de la profession médicale participent à une construction dont les implications vont au-delà de leur cadre d'exercice professionnel. Même si elle n'est pas seule dans ce contexte, elle s'y trouve dans une position d'expertise et de celle-ci, elle peut produire une compétence plus large que celle qui lui était reconnue par l'attribution de la position.

3.3.1.2 Les propriétés contextuelles contribuent à l'établissement de la position

En reprenant deux des exemples évoqués plus haut, il convient à présent de montrer que l'environnement économique, social et politique peut influencer la reconnaissance de la position attribuée à des membres de la profession médicale.

Revenons à l'exemple des médecins appartenant au courant hygiéniste.

Le dix-neuvième siècle est celui de l'accélération du processus d'industrialisation accompagné de l'émergence d'une classe sociale dont les conditions de vie seront un des éléments favorisant l'émergence d'une radicalité politique nouvelle que ce soit dans le courant anarchiste ou socialiste. La question sociale devient progressivement un objet de politisation comme cela se vérifiera en 1848 avec la création des ateliers nationaux, question qui sera de nouveau d'actualité au moment de la Commune.

Le mouvement ouvrier naissant est d'autant plus visible qu'il est concentré dans les zones de production industrielle.

³¹² C. Evin, « Les droits des malades », *Pouvoirs* n°89, 1999, p. 15-30.

³¹³ P. Jouanet, « Principes éthiques et pouvoir médical », *Pouvoirs* n°89, 1999, p. 8.

Le nombre des médecins occupant des fonctions électives aussi bien à l'échelon local que dans les mandats parlementaires³¹⁴ est relativement important. Il existe dans le monde de la représentation politique des acteurs qui peuvent accueillir la perspective sanitaire même si la reconstruction politique qu'ils en proposent n'est pas homogène.

Pour ce qui est de la reconnaissance de la médecine humanitaire, comment ignorer que la désagrégation de l'Union soviétique a entraîné une série de changements dans la vie internationale contribuant à la légitimation partielle d'une conception universaliste des relations internationales ? Au milieu des années 80, la personnalité et l'action de Javier Perez de Cuellar au poste de Secrétaire Général ont symbolisé cette évolution. L'action et le registre de légitimation de la médecine humanitaire pouvaient s'inscrire plus logiquement dans le prolongement de cette tendance.

De plus, il convient de ne pas sous-estimer le fait que depuis le début des années 90, le contrôle exercé par les grands pays est de plus en plus diffus parce que les principes antérieurs d'alliance et d'alignement n'ont plus cours. Cela explique peut être que depuis une quinzaine d'années, la majorité des conflits sont de nature intra-étatique et non inter-étatique. Ces contextes favorisent l'engagement des médecins humanitaires.

Le cadre d'expérience de la vie internationale connaît une évolution quant aux conceptions qui le régissent sur un point important. Au cours des années 70, l'économie était un facteur alimentant la conflictualité internationale entre le Nord et le Sud sur la thématique de la répartition des richesses. Au contraire, elle est présentée aujourd'hui comme un langage d'intégration et d'harmonisation. Tendance que l'on retrouve dans l'emploi de termes comme la « globalisation » ou la « mondialisation ». De plus, cette harmonisation n'est conçue qu'à travers le langage du libéralisme économique. La fin d'une configuration historique aurait-elle eu pour effet de provoquer l'évacuation de tout débat sur les rapports entre le pouvoir politique et le pouvoir économique ? Toujours est-il que la thématique compassionnelle de la médecine humanitaire semble avoir pris l'ascendant sur celle de la conflictualité des intérêts.

Le rappel de ces traits contextuels de la vie internationale, aussi sommaire soit-il, a pour but de montrer qu'il existe des réalités matérielles et signifiantes qui permettent la réception de la perspective proposée par la médecine humanitaire. Sans ces évolutions, elle serait peut être restée dans les coulisses de la scène internationale.

³¹⁴ Voir l'article de Christophe Voilliot déjà cité, et aussi, parmi les nombreuses recherches ayant évoqué cette question, l'article de Jacques Léonard, « La médicalisation de l'Etat : l'exemple des premières décennies de la IIIe république », *Annales de Bretagne*, 86, 2 juin 1979, p. 313-320.

3.3.2 Entre compétence reconnue et compétence exercée

L'analyse de la compétence associée à la position de la profession médicale à travers les différents contextes que nous prenons pour exemples est délicate pour plusieurs raisons. C'est une compétence attribuée relativement à l'agir développé par cette profession dans le secteur sanitaire. L'entrée de certains médecins dans la position d'expertise à côté du pouvoir politique. Cette position leur permet de réaliser une double opération de « traduction du social dans le langage sanitaire et d'inscription de cette nouvelle réalité dans l'espace public »³¹⁵.

Mais ils ne se retrouvent pas seuls et dans l'exercice de cette compétence, ces médecins n'agissent pas seulement en fonction de leur fonction clinique et thérapeutique. De la position qui leur est reconnue, ils développent un agir différent. Certains d'entre eux proposent des conceptions qui tendent à redéfinir partiellement les propriétés du cadre d'expérience politique.

D'un autre point de vue, le cadre d'expérience du politique intériorise la perspective proposée par la profession médicale présente en son sein à travers l'adoption d'une partie de son langage. Il y a croisement entre une perspective médicale en extension et une perspective politique focalisée sur l'entrée sanitaire. Constaté l'adoption partielle de la perspective humanitaire par une partie des acteurs de la vie internationale ne signifie nullement que la redéfinition des propriétés du cadre soit acceptée et effective.

Nous allons vérifier cela en reprenant les exemples choisis pour illustrer notre réflexion.

Reprenons l'exemple du courant hygiéniste.

L'hygiène est présentée comme une science d'application permettant d'adapter ses analyses à la diversité des contextes³¹⁶, ce caractère pragmatique lui permet d'être mieux perçue des dirigeants politiques tout en expliquant qu'elle s'applique de façon inégale suivant les contextes politiques locaux.

La compétence reconnue à la profession médicale s'exprime de deux manières. D'une part, le pouvoir politique produit des institutions chargées des questions sanitaires (création du Conseil supérieur de santé du royaume en 1822), d'autre part, il demande à l'Académie de médecine de fournir un plan de réorganisation de ce secteur pour tout le royaume³¹⁷.

³¹⁵ D. Fassin, *Les figures urbaines de la santé publique*, op. cit., p. 15.

³¹⁶ A. Rasmussen, op. cit., p. 233.

³¹⁷ S. Barry, « La loi du 15 février 1902 : quelques-unes de ses applications à Bordeaux au début du XX^e siècle », dans J-C. Guyot, B. Hérault (dir.), *La santé publique. Un enjeu de politique municipale*, Bordeaux, Ed. de la Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine, 2001, p. 96.

La compétence exprimée par les médecins hygiénistes n'est pas seulement une compétence médicale. Comme le remarque les auteurs qui se sont consacrés à l'étude du courant hygiéniste, « moins que par la médecine ou la biologie, c'est en fait par l'analyse statistique des problèmes sanitaires que l'hygiène acquiert ses lettres de noblesse scientifique »³¹⁸. Cette remarque est intéressante pour plusieurs raisons. Elle souligne la différence entre la compétence reconnue et la compétence exercée. La portée du discours incarné par les médecins engagés dans la mouvance hygiéniste est reconnue en tant que discours scientifique et comme discours médical, c'est à dire ayant pour objectif l'amélioration de la santé humaine. Mais la compétence exercée est celle d'une sociologie quantitative justifiant le constat suivant lequel « l'application de la méthode numérique aux questions de santé publique est la principale innovation dans l'approche des hygiénistes »³¹⁹ car « l'hygiène fonctionne ici en congruence avec la statistique »³²⁰. Les médecins hygiénistes partagent leur compétence avec celle des autres acteurs investis d'une position d'expertise dans ce secteur : administrateurs, ingénieurs. Néanmoins ce sont eux qui sont porteurs de la perspective la plus sensible parce qu'elle concerne la santé, et c'est à ce titre que l'histoire accentuera l'effet de tropisme sur la profession médicale. Nous voyons aussi avec le développement du courant hygiéniste que la perspective bio-thérapeutique présente une capacité d'intégration qui lui permet d'englober des systèmes de construction sociale concurrents. L'hygiénisme ne se présente-t-il pas comme « un projet intellectuel : celui d'une totalisation des sciences au service de l'hygiène »³²¹ ? La marque de cette volonté d'intégration ne se limite pas à la production du sens mais entend bien aussi l'ensemble des pratiques sociales. La perspective hygiéniste s'affirme en se diffusant et en se spécialisant : hygiène scolaire, hygiène industrielle, etc...³²². Elle connaît simultanément un développement international qui participe à sa légitimation dans l'espace politique domestique³²³.

En nous situant dans le dix-neuvième siècle, période d'accélération du développement industriel en Europe, nous reprenons l'une des conclusions du Tableau de l'état physique et moral des ouvriers établi par Villermé qui affirme que « l'industrialisation ne serait pas un

³¹⁸ D. Fassin, *L'espace politique de la santé*, op. cit., p. 245.

³¹⁹ A. La Berge, *Mission and method. The early nineteenth century French public health movement*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992, p. 54.

³²⁰ A. Rasmussen, « L'hygiène en congrès (1852-1912) : circulation et configurations internationales », dans P. Bourdelais (dir.), *Les hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques*, Paris, Belin, 2001, p. 216.

³²¹ A. Rasmussen, op. cit., p. 223.

³²² A. Rasmussen, op. cit., p. 217.

³²³ P. Bourdelais (dir.), *Les Hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques*, Paris, Belin, 2001. Notamment les chapitres 10 et 11.

facteur de dégradation sanitaire »³²⁴ mais que les causes résident dans les conditions de vie insalubres des populations ouvrières. Considérant que cette étude puisse aussi être considérée comme un registre de légitimation, il convient peut être de ne pas négliger que le dix-neuvième siècle est celui qui voit émerger des formes de radicalité politique (anarchisme, marxisme) trouvant leur inspiration dans l'observation de la misère sociale, économique et politique.

En appelant, les employeurs à relever les salaires pour réduire la misère sociale et donc la santé des populations, les représentants de la médecine hygiéniste proposent un modèle de compromis là où d'autres envisagent la sortie de la conflictualité en des termes différents.

La perspective qui se définit ainsi progressivement peut être assimilée à ce qu'Howard Becker a désigné par la notion d'entreprise morale³²⁵. Elle tend à prendre pour objet « toutes les questions relatives à la préservation de la santé ou de la société »³²⁶ pour en proposer le traitement politique et social.

De leur position d'expertise dans l'espace politique, les médecins qui s'y trouvent engagés s'appuient sur des registres qui leur donnent « le pouvoir de définir, donc de donner un statut aux différents aspects du comportement social. »³²⁷

Dans l'expression de cette compétence, le recours au registre moral³²⁸ présente l'avantage d'une double légitimité. Celle du fondement médical qui précise que devant le médecin tous les patients doivent être traités sur la base d'un principe formel d'égalité, celle d'une production de sens qui peut constituer un élément de cadrage individuel et collectif de la vie sociale. En même temps, il permet de compléter la posture incarnée par les médecins hygiénistes qui les conduit à identifier des réalités sociales pour les traiter et non pour en déceler les composantes conflictuelles. Si l'on soutient que l'apport des médecins hygiénistes « se situe moins dans leur contribution à la construction légale que dans le développement d'un intérêt pour le social »³²⁹, nous dirons que ce qui facilite la réception du message réside dans sa façon de formuler les réalités sociales comme le souligne Pierre Guillaume « pas plus Villermé que Parent Duchâtelet ou Lachaise ne partent d'une vision de l'homme idéal ou de

³²⁴ D. Fassin, *L'espace politique de la santé*, Paris, PUF, 1996, p. 251.

³²⁵ Dans son ouvrage : *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985.

³²⁶ A. Rasmussen, *op. cit.*, p. 220.

³²⁷ E. Freidson, *La profession médicale, op. cit.*, p. 212.

³²⁸ Voir sur ce point le texte de Annie Stora-Lamarre « Morale et politique pénale sous la III^e république : du débat sanitaire aux lois d'hygiène publique (1870-1914) et celui de Stéphane Voilliot, déjà cité, dans *La santé dans tous ses états*.

³²⁹ A. La Berge, *Mission and method. The early nineteenth century French public health movement*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992, p. 176.

la société parfaite. Leur démarche est celle d'un diagnostic établi à partir d'un relevé des symptômes. Ils disent l'état des choses, en donnant des explications immédiates, mettant à disposition des décideurs l'information qui doit les éclairer »³³⁰. En clair, la perspective offerte par le langage médical, suivant cette interprétation, est une lecture des dysfonctionnements sociaux excluant le point de vue de la conflictualité construite par les agents. Elle propose aux acteurs du cadre d'expérience politique un mode de construction des objets sociaux et un type d'agir orientés dans le sens de la pacification sociale.

On a pu affirmer à propos de l'hygiène qu'« elle a devant elle un avenir dans l'ordre moral. De l'investigation des habitudes, des professions, de toutes les nuances des positions sociales, elle déduit des réflexions et des conseils qui ne sont pas sans action sur la force et la richesse des Etats »³³¹.

Si nous pouvons reprendre la proposition suivant laquelle l'hygiène s'est faite législatrice³³², ce n'est pas relativement au volume de textes de lois qu'elle a pu engendrer mais de façon plus métaphorique pour exprimer le fait que la perspective hygiéniste a proposé une redéfinition partielle du cadre d'expérience de l'agir politique. C'est en ce sens-là que « discipline scientifique appliquée à l'administration publique, selon le credo de ses promoteurs, l'hygiène est investie d'une mission politique... »³³³ qui a pour ambition de s'affirmer au-delà des frontières. Le caractère humanitaire et internationaliste de la perspective hygiéniste est ainsi réaffirmé « l'œuvre d'hygiène, de sauvetage et d'économie sociale s'étend à une fédération de peuples qui s'appelle l'humanité, et l'humanité n'a pas de frontières »³³⁴.

La perspective portée par les médecins hygiénistes a peut-être été confortée par la présence croissante de la profession médicale dans les fonctions électives même si tous les médecins ne la partageaient pas. Dans son étude, Christophe Voilliot montre très bien comment, la présence des médecins au Parlement peut constituer un continuum de sens ou un relais positionnel, comment certains médecins occupent des positions au sein des ligues, comment enfin d'autres forces vont s'unir pour mener le combat contre la consommation d'absinthe.

³³⁰ P. Guillaume, *Le rôle social du médecin depuis deux siècles*, op. cit., p. 33-34.

³³¹ D. Fassin, *L'espace politique de la santé*, citation du docteur Charles Marc, p. 245.

³³² L. Murard, P. Zyberman, « Les raisons de l'expert ou l'hygiène comme science sociale appliquée », *Archives européennes de sociologie*, XXVI, 1985, p. 58-89.

³³³ D. Fassin, *L'espace politique de la santé*, op. cit., p. 244.

³³⁴ Citation du président du bureau du congrès, Vervoort, à la séance d'ouverture du congrès international d'hygiène, de sauvetage et d'économie sociale, de Bruxelles en 1876, A. Rasmussen op. cit., p. 219.

Mais en même temps, il rappelle que les médecins qui agissent ne sont pas seuls, ils interviennent dans un contexte qui rend possible la réception de la perspective portée par eux. En d'autres circonstances, les médecins hygiénistes feront comme le professeur Pachiotti qui, au congrès de Turin, lance un appel aux avocats parce qu'ils occupent des fonctions électives et qu'ils peuvent faire avancer la mise en œuvre de la doctrine hygiéniste³³⁵.

Si nous envisageons le contexte de la participation des médecins aux instances de définition en matière d'éthique médicale nous voyons, à travers les évolutions récentes de la biologie, que les pratiques médicales doivent évoluer et que dans cette évolution les médecins vont se trouver dans des formes d'agir dont le cadrage ne relève pas uniquement d'une construction de type médical. Le médecin devenant « un médiateur qui organise et contrôle la circulation d'éléments du corps entre humains ou entre d'autres espèces et l'espèce humaine »³³⁶, les normes qui sous-tendent son action ne trouvent pas leur définition dans l'ordre de la médecine.

Les règles qui se construisent alors relèvent tout autant de l'anthropologie, de la sociologie, bref d'une compétence réelle qui ne correspond pas toujours à la compétence attribuée. Il n'est pas rare qu'un professeur de médecine, évoquant des questions d'éthique médicale, exprime une perspective de science sociale alors que l'autorité de son propos est attribuée à son identité professionnelle.

Les instances de réflexion en matière d'éthique médicale peuvent être conçues comme des espaces de construction intersubjective à l'intérieur desquels s'opèrent des glissements dans l'expression des compétences des agents entre celle qui est associée à leur position dans cet espace et celle qu'ils mettent en œuvre dans la construction des objets sociaux pour laquelle le cadre est constitué.

L'écart entre la compétence attribuée et la compétence exercée peut aussi être vérifié dans l'expérience de la médecine humanitaire.

Dans le courant, humanitaire, il va de soi que si le point de départ de la position d'expertise réside dans l'activité soignante, la compétence réelle exprimée par les médecins humanitaires est beaucoup plus large. Nous pourrions reprendre ici ce que disait Michel Foucault à propos des rôles tenus par les médecins au dix-huitième siècle : « la conscience de la maladie, et de l'assistance qui lui est due chez les pauvres, prend son autonomie ; elle s'adresse à un type de

³³⁵ S. Nonnis Vigilante, « Idéologie sanitaire et projet politique. Les congrès internationaux d'hygiène de Bruxelles, Paris, Turin (1876-1880) », dans P. Bourdelais (dir.), *Les Hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques*, Paris, Belin, 2001, p. 259.

³³⁶ P. Jouanet, « Principes éthiques, pouvoir médical et responsabilités du praticien », *Pouvoirs* n°89, p. 5-14.

misère bien spécifique. Corrélativement, le médecin se met à jouer un rôle décisif dans l'organisation des secours. À l'échelon social où ils sont distribués, il devient agent détecteur de besoins, et juge de la nature et du degré de l'aide qu'il faut apporter. »³³⁷ Les médecins de l'humanitaire sont autant des soignants que des gestionnaires de stocks de médicaments, d'équipements, de personnels. Leur compétence d'évaluation est aussi importante que leur activité de médecin. La position d'expertise reconnue aux médecins humanitaires par les acteurs de la vie internationale repose donc sur leur compétence de soignant et sur une compétence résultant de la sédimentation d'un agir dépassant le cadre de l'activité médicale. De cette position, les médecins humanitaires feront un usage différencié. Certains comme Bernard Kouchner s'appuieront sur cette position pour proposer une perspective, fondée sur les registres ouverts par le langage associé à l'institution médicale, qui a pour visée de redéfinir les cadres normatifs de la vie internationale. En la matière, ils pourront référer leur production de sens à une matérialité historique, celle constituée de leurs expériences antérieures.

La contribution du langage porté par des représentants de l'institution médicale à la production de sens politique

Sur un premier point, la perspective définie par les acteurs de la médecine humanitaire se fonde sur une notion déjà présente dans ce qu'Henri Dunant appelait « la neutralité de la victime »³³⁸. C'est un principe moral qui conduit le médecin à considérer que le statut de malade implique de sa part une égalité de traitement. L'un des dirigeants les plus médiatiques de la médecine humanitaire réaffirme ce principe lorsqu'il soutient qu'« en tant que personne comme en tant qu'être souffrant, toute victime est partie intégrante d'une humanité globale, elle y trouve et en tire son universalité »³³⁹. C'est la plainte de la victime qui est à l'origine du déclenchement de l'intervention humanitaire³⁴⁰.

À cela, il faut ajouter que si le point de départ de l'action humanitaire « c'est d'abord une indignation »³⁴¹, il existe une part d'affect dans le processus de reconnaissance qui incite à lire des réalités sociales comme des réalités humaines. Nous pourrions appliquer à la médecine humanitaire ce que Freudson avait écrit de la médecine, à savoir qu'elle constitue

³³⁷ M. Foucault, *Naissance de la clinique, op. cit.*, p. 40.

³³⁸ P. Legros, M. Libert, *L'exigence humanitaire. Le devoir d'ingérence*, Paris, Les presses du management, 2000, p. 57.

³³⁹ P. Legros, M. Libert, *ibidem*.

³⁴⁰ B. Kouchner, « La loi de l'oppression minimale », dans M. Bettati, B. Kouchner (dir), *Le devoir d'ingérence*, Paris, Denoël, 1987, p. 17.

« une entreprise morale comme le droit et la religion, dont le but est de découvrir et de maîtriser des choses qu'elle considère comme indésirables »³⁴².

Elle le fait en définissant les cadres de l'action : son origine car « c'est bien dans l'imminence du danger que tout réside »³⁴³, sa temporalité car « l'urgence interdit la procédure compliquée, la délibération composite, la méditation fractionnée »³⁴⁴, les moyens à sa disposition quand « la médecine procurait le langage, l'ingérence, c'était le passeport »³⁴⁵.

La médecine humanitaire se définit une vocation à produire du sens politique comme le laisse entendre la réflexion suivante : « La grande aventure du vingtième siècle qui s'achève s'appelait le marxisme. La grande aventure du vingt-et-unième siècle commence et s'appellera *mouvement humanitaire* »³⁴⁶.

« Si l'on nous demandait pourquoi nous agissons d'un continent à l'autre nos trousse d'urgence, nous produirons des explications différentes. En unissant nos réponses nous créerons une éthique, bâtirons un discours de la méthode humanitaire et forgerons une politique pour les hommes de demain, face à la grande épreuve qui s'annonce, Sud contre Nord, pauvres contre riches »³⁴⁷.

Ce recours au registre de l'égalité et de l'universalité sur la base de la reconnaissance de la souffrance conduit logiquement à une connexion avec la perspective de droits de l'homme qui en contrepartie accentue la consistance de la légitimité du discours humanitaire.

C'est ainsi que l'on propose d' « ajouter le droit d'intervention humanitaire à la Déclaration Universelle des droits de l'homme »³⁴⁸ parce que « ce qui des droits de l'homme figure dans la trousse d'urgence médicale, le droit à la vie, s'impose universellement »³⁴⁹.

Ce qui explique que pour Bernard Kouchner le droit d'ingérence est fondé « sur une sorte de conscience morale internationale »³⁵⁰ qui justifie progressivement un enchâssement de l'humanitaire dans la perspective de la protection des droits de l'homme³⁵¹.

³⁴¹ P. Legros, M. Libert, *L'exigence humanitaire. Le devoir d'ingérence*, Paris, Les presses du management, collection société, 2000, p. 48.

³⁴² E. Freidson, *La profession médicale*, *op. cit.*, p.214.

³⁴³ B. Kouchner, « Le mouvement humanitaire », Paris, *Le Débat*, novembre décembre 1991, n°67, p. 32.

³⁴⁴ B. Kouchner, « Le mouvement humanitaire », Paris, *Le Débat*, novembre décembre 1991, n°67, p. 34.

³⁴⁵ B. Kouchner, art. cité, p. 37.

³⁴⁶ B. Kouchner, art. cité, p. 35.

³⁴⁷ B. Kouchner, art. cité, p. 37.

³⁴⁸ B. Kouchner, dans M. Bettati, B. Kouchner (dir.), *Le devoir d'ingérence*, Paris, Denoël, 1987, p. 10.

³⁴⁹ M. Bettati, *Le devoir d'ingérence*, *op. cit.*, p. 266.

³⁵⁰ Citation extraite de l'ouvrage de Philippe Moreau –Defarges, *op. cit.*, p. 64.

³⁵¹ P. Ryfman, *op. cit.*, p. 23-25.

Or cette perspective qui se réfère à la communauté des hommes est au moins concurrente, au pire antinomique, avec celle qui considère que dans la vie internationale « le politique reste fondé sur les Etats »³⁵².

De ce premier point, il faut retenir que la perspective portée par la médecine humanitaire, qui n'était initialement qu'une pragmatique, est devenue, par les différentes interprétations dont elle a pu faire l'objet, une perspective incorporée au cadre d'expérience de la vie internationale définissant un système de justification de l'agir, une représentation de la régulation partielle de la vie internationale et des positions de ses différents acteurs.

Des médecins humanitaires proposeront de compléter la compétence de leur position en une compétence plus impliquée dans la politique internationale en tentant d'intervenir dans son cadrage normatif. C'est le cas, lorsqu'ils affirment qu'ils ont « inventé pour agir une loi nouvelle : celle de l'oppression minimale »³⁵³ ou qu'ils annoncent « la naissance...puis la croissance de la seule idéologie nouvelle en Europe : celle de l'extrême urgence. »³⁵⁴

Le lien entre la notion d'urgence et la médecine humanitaire est établi par X. Emmanuelli en 1979³⁵⁵. Il repose sur l'idée que la signalisation problématique d'une réalité façonne aussi le temps de la réaction qu'elle appelle. Ce schème temporel réapparaîtra lorsque la médecine humanitaire se proposera d'organiser la prise en charge des populations exclues des circuits économiques et sociaux comme cela est le cas en France depuis plusieurs années. Exemple qui sera suivi par d'autres pays comme la Russie où la médecine humanitaire semble avoir trouvé un nouveau terrain d'expression de sa compétence.

On peut ainsi comprendre le glissement qui se réalise progressivement entre une compétence initiale, reconnue dans une position, et une compétence qui se construit dans la pratique de la position et la variation des propriétés contextuelles à partir de l'usage que certains acteurs de la médecine humanitaire font de cette position.

Au départ, l'action humanitaire en tant que compétence se définit comme « une indignation, puis une obstination enfin une méthode »³⁵⁶ mais, suivant l'évolution du contexte, elle devient par l'action de certains de ses représentants une entreprise de redéfinition du cadre dans lequel a été reconnue sa position.

³⁵² P. Moreau-Defarges, *op. cit.*, p. 62.

³⁵³ B. Kouchner, *op. cit.*, p. 11.

³⁵⁴ B. Kouchner, *La philosophie de l'ambulance, Autrement* n°68, mars 1985, p. 140.

³⁵⁵ P. Ryfman, *op. cit.*, p. 59.

³⁵⁶ P. Legros, M. Libert, *op. cit.*, p. 48.

3.3.3 L'adoption de la perspective humanitaire par les acteurs de la vie internationale.

Dans quelle mesure peut-on affirmer que « l'Humanitaire est donc devenu à la fois, à partir des années 80, un vrai phénomène de société, au moins dans les pays du Nord, et une donnée de poids dans le jeu des relations internationales, à plus forte raison depuis la fin de la Guerre froide »³⁵⁷ ? Ce point de vue confirme la thèse suivant laquelle il convient de distinguer la reconnaissance qui se porte sur des acteurs, les « French doctors », et la perspective qu'ils incarnent. Cette perspective s'est constituée dès lors qu'elle a été adoptée et interprétée par d'autres acteurs que les médecins humanitaires sur la scène internationale.

Constater la reconnaissance de la perspective humanitaire ne signifie nullement que la vie internationale ait été totalement transformée par elle. Elle existe parmi les registres de conceptions et de pratiques que les acteurs peuvent mobiliser.

Plusieurs faits permettent d'illustrer les modalités variées de cette reconnaissance.

Dans le domaine de la codification du droit international public, l'arrêt de la Cour Internationale de justice du 26 juin 1986 (Nicaragua / Etats-Unis), procède à une première définition l'intervention humanitaire, qui deviendra un objet de qualification comme l'atteste la présentation qu'en fait le Haut-Comité-aux-Réfugiés en 1997³⁵⁸ qui sera suivie par celle du H-C-R.

Le fait que la perspective humanitaire soit devenue un objet de qualification, c'est à dire un enjeu de construction intersubjective, est une forme de reconnaissance de la crédibilité du registre d'action qu'elle incarne.

Le droit d'ingérence sur lequel se fonde le courant humanitaire sera invoqué par le Conseil de sécurité des Nations Unies le 5 avril 1991, résolution 688, pour la mise en place de l'opération « provide comfort ». À ce sujet, on note que « les chiites, victimes d'une image médiatique moins populaire dans les pays occidentaux, et d'une forme de *diabolisation* de leur religion à un niveau politique, mourront dans l'indifférence générale »³⁵⁹, constat qui peut être en contradiction avec le principe d'égale reconnaissance que semble conférer le statut de victime. En avril 1992, le Secrétariat Général décidait la création d'un Département des Affaires Humanitaires qui deviendra en 1998, le Bureau de Coordination des Affaires Humanitaires des Nations Unies.

³⁵⁷ P. Ryfman, *La question humanitaire*, Paris, Presses du management, 1999, p. 9.

³⁵⁸ H-C-R, *Les réfugiés dans le monde*, H-C-R et La Découverte, Paris, 1998, p. 7.

³⁵⁹ P. Legros, M. Libert, *op. cit.*, p. 60.

L'Assemblée générale des Nations Unies a adopté deux résolutions proclamant le libre accès aux victimes des catastrophes pour les organisations humanitaires : résolution 43 / 131 du 8 décembre 1988 et 45 / 100 du 10 décembre 1990.

Il faut aussi mentionner la remise du prix Nobel de la paix à plusieurs organisations internationales dont Handicap international en 1997 pour leur campagne contre les mines anti-personnels.

Au niveau européen, la Commission européenne crée le European community humanitarian office, ECHO, par une décision du 6 novembre 1991.

L'Etat français a pour sa part, pris des initiatives pour intégrer cette perspective dans ses institutions. On peut noter la création d'une cellule d'urgence et de veille le 26 avril 1985 au Quai d'Orsay.

Il faut aussi remarquer la nomination à des postes gouvernementaux de médecins ayant occupé des positions importantes au sein de la médecine humanitaire :

Outre l'attribution d'un poste de secrétaire d'Etat aux droits de l'homme à Claude Malhuret, ancien dirigeant de Médecin sans Frontières en 1986 suivi de l'attribution d'un secrétariat à l'action humanitaire à Bernard Kouchner en 1988, qui faut-il le souligner, fut dans un second temps Ministre de la santé et de l'action humanitaire jusqu'en 1993.

On terminera en signalant l'existence d'un Ministre Délégué à l'Action Humanitaire et aux Droits de l'Homme de 1993 à 1995 et d'un secrétariat à l'Action Humanitaire d'urgence de 1995 à 1997, dirigé par X. Emmanuelli, fondateur et ex-président de MSF.

La reconnaissance peut aussi apparaître à travers l'adoption de cette perspective par des dirigeants politiques, ainsi le président de la république française n'hésite pas à proclamer que « le principe de non-ingérence s'arrête à l'endroit précis où commence le risque de non-assistance »³⁶⁰.

Dans son rapport annuel pour la période de septembre 1993 à septembre 1994, le secrétaire général des Nations Unies, Boutros Boutros Ghali écrit: « Dans un monde qui se démène pour établir la paix et la sécurité, l'action humanitaire apparaît souvent comme offrant la seule réponse à la crise »³⁶¹.

L'adoption de la perspective humanitaire par les acteurs de la vie internationale se décline en un élargissement de la perspective initiale. Cet élargissement se réalise dans deux directions. Le contenu de la perspective s'enrichit d'éléments comme cela s'est produit avec la mise en

³⁶⁰ François Mitterrand cité par Pierre Legros, *op. cit.*, p. 60.

³⁶¹ P. Ryfman, *op. cit.*, p. 83.

relation entre la médecine humanitaire et les droits de l'homme. Il s'effectue avec un accroissement du nombre des acteurs qui se réclament de cette perspective. Le courant qualifié parfois de « transfrontiérisme » exprime cette évolution. La médecine humanitaire a servi de modèle pour le développement d'un secteur important qui est celui des organisations non gouvernementales, « un acteur émergent devenu incontournable »³⁶² Et, « les militants sans frontières se veulent, d'abord, des hommes de terrain, des spécialistes de crises politiques et sociales »³⁶³, manifestant une forme de compétence incarnée par les médecins humanitaires même si le qualificatif d' « homme de terrain » a envahi d'autres univers que celui de l'interventionnisme humanitaire. Des associations comme Avocats sans frontière, Reporter sans frontière, etc...

Dans la croissance de ce courant, il existe une concurrence entre les différentes organisations non-gouvernementales pour négocier des accords avec les autres partenaires de la vie internationale que sont les Etats et les organisations internationales.

Même si on peut attribuer au cadre des relations internationales actuel des propriétés qui permettrait la mise en place d'une « organisation internationale de l'ingérence »³⁶⁴, il ne faut pas sous-estimer les critiques adressées à ce qui exprime une remise en question des modes traditionnels de régulation des relations internationales. Ne faut-il pas se souvenir, par exemple, que si « l'ingérence est inhérente à la vie sociale »³⁶⁵, elle est soumise comme toute forme d'agir politique à des systèmes de légitimation. Ce n'est pas l'agir qui est en jeu mais les significations qui aident à construire sa crédibilité. C'est ce qu'indique Zaki Laïdi lorsqu'il avance la proposition suivant laquelle « la seule vraie solution passe par la redéfinition des règles de légitimité internationale sur la définition d'une souveraineté éthique opposable, dans certaines conditions, à la souveraineté étatique »³⁶⁶.

La « politisation » de l'interventionnisme humanitaire pose une première série de questions sur l'usage que les Etats font de cette perspective pour fonder légitimer et organiser leur diplomatie ce qui peut parfois conduire certains médecins humanitaires à se demander si l'interventionnisme humanitaire n'est pas devenu une façon de ne rien décider en évitant de prendre parti ? Certaines organisations humanitaires ont d'ailleurs compris que l'assimilation de la perspective humanitaire par les acteurs de la vie internationale peut entraîner des effets sur la gestion politique des situations conflictuelles. Action contre la faim rappelait ainsi, à

³⁶² P. Ryfman, *op. cit.*, chapitre 3, p. 95-109.

³⁶³ C. Zorgbibe, *op. cit.*, p. 97.

³⁶⁴ P. Moreau Defarges, *Un monde d'ingérences*, Paris, Presses de Sciences Po, 1997, p. 102.

³⁶⁵ P. Moreau-Defarges, *op. cit.*, p. 31.

³⁶⁶ Citation extraite de l'ouvrage de Pierre Legros et Marianne Libert, *op. cit.*, p. 109.

propos de la crise des Grands Lacs : «...il n'y a pas de crises humanitaires, il n'y a que des crises politiques ayant des prolongements humanitaires »³⁶⁷.

De plus, cette conception est porteuse d'un modèle qui n'est pas nouveau, celui qui prône l'existence d'une instance de régulation de la vie internationale dont les décisions s'appliqueraient à tous les Etats placés sur un pied d'égalité. Or si chacun d'eux est capable d'intégrer la perspective humanitaire dans sa diplomatie, certains n'accepteront jamais d'intégrer leur diplomatie dans la redéfinition du cadre sous-tendue par cette perspective. C'est pour cela que le droit international humanitaire est parfois jugé comme « un outil qui reste d'une portée limitée »³⁶⁸.

La singularité de la perspective incarnée par la médecine humanitaire s'est affirmée dans la vie internationale avant de s'imposer dans la vie de la société française. L'action d'une organisation comme Médecins du monde sur le terrain local, notamment dans les villes, pour porter assistance aux plus démunis tire sa légitimité de son agir passé dans le cadre international. Très récemment un fait est venu confirmer ce constat. En janvier 2003, le docteur Versini ancienne directrice du SAMU social de Paris et membre du gouvernement, est intervenue pour que le ramassage des vagabonds ne soit plus effectué par les forces de police selon des méthodes expéditives, mais sur l'intervention de personnels médicaux, médecins ou personnels infirmiers. L'intervention sanitaire est venue en substitution d'une préoccupation d'ordre public.

De ce qui précède, il résulte que des membres de la profession médicale accèdent au cadre d'expérience politique par le moyen d'une position d'expertise qui leur est reconnue en raison d'une compétence spécifique. Cependant, le langage associé à l'institution médicale ne permet pas seulement de définir une compétence spécialisée aux questions médicales. Il habilite certains médecins à proposer une perspective qui se propose de redéfinir partiellement les propriétés du cadre d'expérience politique. La reconnaissance de cette perspective par les acteurs du cadre ne signifie nullement qu'ils l'acceptent suivant cette logique sous-jacente, ils peuvent aussi l'instrumentaliser dans le sens de leurs propres intentions.

³⁶⁷ P. Legros, M. Libert, *op. cit.*, p. 123.

³⁶⁸ P. Ryfman, *La question humanitaire*, Paris, Ellipses, 1999, p. 53.

Conclusion

La problématique de recherche qui fait d'une élection un moment où des électeurs ont à s'exprimer sur l'identité des candidats et sur leur capacité à assumer une compétence d'élu, nous a obligé, dans un premier temps, à comprendre en quoi l'appartenance à la profession médicale pouvait contribuer à façonner l'identité des médecins dans l'élection. Suivant cette orientation, il convenait de réfléchir sur les modalités de constitution de cette identité, en centrant notre analyse sur le rôle professionnel de médecin. Cette démarche conserve sa pertinence si elle tient compte d'une ambiguïté : le rôle de médecin induit implicitement une représentation qui insiste sur l'homogénéité de la profession médicale alors que l'évolution de celle-ci, au cours des quarante dernières années, accentue une diversification des pratiques professionnelles et des contextes d'exercice. Même s'il est difficile d'obtenir une connaissance exacte de sa réalité, la population des médecins conseillers municipaux reproduit cette diversification. L'évolution constatée conduit à penser que les espaces de reconnaissance résultant de l'activité professionnelle de médecin sont eux aussi variés. L'éligibilité d'un médecin ne repose pas uniquement sur la détention d'un titre de docteur en médecine mais sur la nature des contextes dans lesquels sa personnalité se trouve révélée en tant que médecin et individu.

Le rôle de médecin n'est pas seulement cela, il est aussi l'actualisation quotidienne de l'appartenance à une communauté professionnelle. Celle-ci développe son agir au sein de l'institution médicale. On ne peut savoir si c'est « un rôle à part » qu'en s'interrogeant sur la position de la profession médicale dans la société française. Nous avons observé que cette position s'explique de plusieurs façons. D'un côté, la profession médicale incarne l'institution pour laquelle elle travaille. Il s'agit là d'un rapport singulier dans lequel nous avons perçu une tendance à l'atténuation.

Mais cette dimension ne doit pas faire écran à ce qui est incarné et qui nous paraît d'un poids plus significatif. Ainsi le langage associé à l'institution médicale permet d'accéder aux réalités matérielles que constitue le secteur sanitaire et social en France. Il est important de ne pas limiter notre réflexion au seul langage de la médecine pour comprendre toute la complexité d'un univers de sens qui s'actualise dans des pratiques quotidiennes individuelles et collectives, et dans lequel la puissance publique joue un rôle déterminant. Il est impossible de dissocier ce qui est attribué à la profession médicale en France de ce qui constitue la densité symbolique et matérielle d'un secteur où les médecins ont un rôle. C'est la raison pour laquelle, la notion de position sociale, au sens où l'entend Anthony Giddens, nous semble plus pertinente pour rendre compte de l'identité de la profession médicale en France.

Cette position est aussi un lieu d'où les acteurs produisent du sens et de l'agir social. Des médecins accèdent au cadre d'expérience politique dans une position d'expertise sur la base de la reconnaissance d'une compétence spécifique qu'ils peuvent utiliser selon différentes modalités. Les virtualités du langage associé à l'institution médicale ne sont pas sans effet sur ces pratiques. Nous ne pouvons pas dissocier la perspective associée à une position des acteurs qui l'occupent.

Ce langage accompagne l'accès de certains médecins à la position d'expertise en matière de santé mais il peut aussi conduire une partie d'entre eux à tenter de redéfinir, depuis cette position, les propriétés du cadre d'expérience politique, y compris celles qui touchent à la régulation globale du cadre.

Comme nous venons de le montrer, ce qui constitue l'identité sociale attribuée à la profession médicale est une réalité complexe que la seule perspective centrée sur les acteurs ne nous permet pas de circonscrire. Elle demeure une voie d'entrée nécessaire si nous voulons comprendre ce qui se joue dans une élection.

Après avoir rendu compte des propriétés sociales liées à l'appartenance professionnelle des médecins élus locaux, nous allons à présent nous interroger sur la constitution de leur présence dans la situation électorale.

CHAPITRE 2

LES ITINÉRAIRES DES MÉDECINS ÉLUS DANS DES CONTEXTES LOCAUX : PERMANENCE DE L'IDENTITÉ INDIVIDUÉE ET VARIABILITÉ DES ESPACES DE RECONNAISSANCE

Nous aborderons à présent la question de l'identité électorale des médecins élus locaux en fondant notre démarche sur les résultats de l'enquête consacrée aux élections locales. Du point de vue quantitatif, il existe une différence entre les élections municipales et les scrutins cantonaux. Les médecins représentent une part relativement faible des conseillers municipaux (entre 1 et 2,5 %) et des maires (autour de 0,5 %). En ce qui concerne les élections cantonales, le phénomène de sur-représentation est nettement plus marqué. Globalement, le nombre de médecins conseillers généraux varie entre 10 et 30 % suivant les époques et les départements. D'après les observations partielles qui ont été réalisées sur les candidatures au Conseil général, les médecins représentent rarement plus de 10 % de l'ensemble des candidats même si dans certains contextes la proportion atteint 15 %. Comparés aux pourcentages de la profession médicale dans la population totale, active ou électorale, ces chiffres demeurent significatifs. Ces observations quantitatives doivent-elles conduire à résumer l'analyse de l'identité électorale des médecins à ce phénomène de sur-représentation ?

À l'évidence non puisque la majorité des médecins élus locaux n'appartient pas à la population visée par ce constat. Il est difficile de réfléchir sur une réalité empirique à partir d'une catégorie désignant une part minoritaire de cette réalité. De plus, la population des médecins élus locaux est un échantillon qui reproduit la diversité du personnel politique local. Certains ne sont que conseillers municipaux, d'autres occupent le siège de maire. Ils sont élus de communes rurales et de grandes villes. Une faible part d'entre eux cumule des mandats locaux. Parfois le cumul conduit à la détention d'un mandat national.

En fait nous pourrions appliquer aux médecins élus locaux ce que concluait J. Y Nevers à l'issue de son étude sur les conseillers généraux, à savoir que « le modèle d'un conseiller général moyen n'est que l'approximation d'une réalité à la fois diversifiée et changeante »¹.

¹ J-Y. Nevers, « Etude sur les conseillers généraux », Congrès de l'Association française de science politique, Bordeaux, 1988.

L'objet de cette étude n'est pas de dégager un type de médecin élu local mais de proposer des lectures permettant de comprendre les modalités suivant lesquelles se constitue l'identité électorale des médecins. Celle-ci résulte de la rencontre entre la présence sociale du médecin et la reconnaissance dont elle fait l'objet en fonction du contexte électoral.

Comment la présence sociale émerge-t-elle au sein de l'espace local ? Quelle influence le rôle professionnel de médecin a-t-il sur la constitution de cette présence sociale ?

Ce rôle fonde la présence sociale du médecin parce qu'il ouvre un espace de reconnaissance premier, à la fois immédiat et préalable. Mais il faut sans doute admettre que la compétence associée au rôle permet de distinguer les différentes formes de reconnaissance. Pour certains médecins la reconnaissance porte autant sur leur personnalité que sur leur appartenance à la profession médicale. Le médecin généraliste élu en milieu rural a des patients qui sont aussi ses électeurs. Le professeur de médecine est rarement dans cette situation. La reconnaissance dont il fait l'objet est d'un autre ordre. Une fois cette distinction admise, ne faut-il pas se demander si les changements affectant la composition de la profession médicale peuvent exercer une influence sur les modalités de reconnaissance ?

L'hypothèse retenue ici conduit à relier l'influence du rôle de médecin sur l'éligibilité à l'identification de l'espace de reconnaissance qu'il génère. Il est alors possible de comprendre que la diversification des modes d'exercice professionnel aboutit à des formes variées d'éligibilité.

La présence sociale des médecins ne découle-t-elle que de leur rôle professionnel ? La réponse doit être nuancée parce que les médecins comme les autres élus participent à la vie collective et interviennent dans l'espace social en dehors de leur activité professionnelle. Il est donc indispensable de mesurer les différents degrés d'engagement des médecins dans la vie sociale pour reconstituer leur éligibilité, en gardant en mémoire que chacune de leurs initiatives donne accès à un espace de reconnaissance. Le point commun entre le rôle professionnel et les différents engagements sociaux du médecin est que tous relèvent de l'initiative de ce dernier.

Mais l'identité électorale des médecins ne peut être analysée du seul point de vue de la présence sociale produite par eux. Elle est aussi liée aux propriétés des situations électorales où elle est amenée à s'exprimer. La difficulté, sur ce point, est réelle en raison de la variabilité diachronique du cadre électoral et de son hétérogénéité spatiale.

Pour les élections municipales, par exemple, le type de scrutin permet ou ne permet pas le choix des personnalités. Jusqu'en 1983, le scrutin de liste ne s'appliquait que dans les grandes villes. L'élection du candidat dépendait de la position sur la liste et de la reconnaissance

obtenue au sein des espaces où s'effectuait la sélection des candidatures. À partir de 1983, toutes les communes dont la population excède 3500 habitants sont régies par un mode scrutin de liste auquel s'applique une dose de proportionnelle. Ainsi, il n'a été possible de connaître le rang d'élection des médecins que dans les communes dont le nombre de conseillers municipaux ne dépasse pas 23 pour les années 83 et 89. Avec l'application de ce mode de scrutin, l'éligibilité des médecins se joue avant la décision des électeurs puisqu'ils doivent d'abord être reconnus pour participer aux listes municipales. L'influence des structures partisans est aussi plus déterminante dans un nombre plus important de communes.

Les médecins se retrouvent ainsi dans une position comparable à celle qu'ils ont à adopter lorsqu'ils choisissent des trajectoires électives de cumul. Ils doivent assumer un processus de reconnaissance réciproque avec les structures partisans : il leur appartient d'être reconnus autant que de reconnaître. Comment se construit cette reconnaissance réciproque ?

Quelle analyse de l'identité électorale des médecins élus locaux est-il possible de proposer d'après les questions et les propositions énoncées ici ?

Il ne semble pas que l'éligibilité des médecins découle exclusivement de leur rôle professionnel. Certes, celui-ci est le fondement d'une présence sociale qui se constitue progressivement par un emboîtement des espaces de reconnaissance résultant des engagements sociaux des médecins. Cependant, il est rare que la présence sociale du médecin soit suffisante lorsque la complexité de sa trajectoire élective s'exprime par un cumul des mandats.

C'est pourquoi nous distinguerons deux ensembles d'espaces de reconnaissance.

Dans la première partie de notre développement, nous montrerons que l'identité électorale des médecins s'exprime par un emboîtement des espaces de reconnaissance centré sur la personnalité du médecin. Le rôle professionnel de médecin contribue à l'émergence d'une présence sociale mais il n'en circonscrit pas toujours les limites.

La réflexion qui sera développée au cours de la seconde partie a pour objet de montrer que l'identité électorale ne repose pas que sur des facteurs personnels. Pour réaliser certaines trajectoires électives, les médecins doivent assimiler les propriétés de l'univers partisan. Cette reconnaissance réciproque du monde médical et de l'univers partisan n'élimine jamais la tension existant entre le souci d'affirmation de l'individualité du médecin et son appartenance à une entité collective.

1 L'IDENTITÉ ÉLECTORALE CENTRÉE SUR L'INDIVIDUATION DE LA PRÉSENCE SOCIALE

Les médecins qui exercent le mandat de conseiller municipal dans une commune de moins de 2000 habitants sont-ils des exemples inintéressants pour la science politique dans la mesure où leur cas ne susciterait plus l'emploi de la catégorisation notabiliaire ? Comment peut-on rendre compte de la réalité diversifiée de ces médecins, engagés dans l'action municipale à des degrés plus ou moins prononcés, en focalisant notre attention sur l'amont de la trajectoire électorale, les conditions et processus qui président à l'accession au mandat local.

Comme il a été indiqué en introduction de ce chapitre, le point de vue de recherche adopté privilégie l'étude de l'identité des candidats en considérant que celle-ci se construit socialement. Il est possible d'élucider les variables qui entrent dans la construction de cette identité sans être dans la certitude concernant le poids relatif de chacune de ces variables. Pourtant, les électeurs prennent leur décision de vote sur la base d'une représentation de cette identité. Notre travail consiste à mettre en évidence les traits à partir desquels elle peut se constituer. Cette dernière peut être comprise comme un assemblage de représentations entre ce qui est donné par la présence sociale du médecin et les relations que les agents, parfois patients, parfois électeurs, peuvent établir entre ce donné et l'environnement dans lequel il est situé. En ce sens, la connaissance que les électeurs ont de cette identité est indissociable du travail de formulation réalisé par le médecin. Mais cette formulation ne doit pas seulement être comprise comme le résultat d'une intentionnalité individuelle, elle est aussi le fruit de l'activité du médecin constitutive de sa présence sociale. Si le rôle professionnel de médecin peut être assimilé à une ressource électorale, c'est parce qu'il habilite cette formulation de l'identité individuée dans l'espace local. L'exercice du métier de médecin facilite la connaissance d'une personnalité et sa reconnaissance en tant que présence sociale dans un espace local donné. C'est à partir de cela que l'on peut comprendre que l'articulation simple entre l'appartenance à la profession de médecin et l'accessibilité aux mandats locaux, se joue sur la définition d'un espace de reconnaissance singulier, celui qui découle de la vie quotidienne.

Mais les changements intervenus au sein de la profession médicale obligent à repenser les conditions dans lesquelles se constituent ces espaces de reconnaissance. Ainsi la représentation, souvent associée à la conception notabiliaire, du médecin généraliste rural ou implanté de longue date dans un quartier urbain, ne correspond que partiellement aux conditions actuelles de structuration de la présence sociale des médecins. Il convient donc de

comprendre en quoi les modifications intervenues dans la composition de la profession médicale conduisent à réexaminer les conditions de leur éligibilité.

De plus, il faut envisager les accès aux différents espaces de reconnaissance autorisés par l'exercice du métier de médecin. Comme tous les individus, les médecins ont la possibilité de participer à des associations de nature très différente. Ces différents espaces de reconnaissance participent à la structuration de la présence sociale et de l'identité élective des médecins.

Le contre-champ empirique est constitué de profils d'acteurs dans des contextes que nous tenterons de présenter de la façon la plus claire possible. Il ne serait pas pertinent de se baser uniquement sur une classification prenant pour critère la nature des mandats. Ainsi dans l'hypothèse où nous opterions en faveur d'un classement de ce type, nous pourrions séparer les médecins conseillers municipaux des médecins maires en invoquant la différence dans l'engagement de responsabilité et le degré d'exposition au jugement des électeurs. Cependant, comment pourrions-nous traiter le cas des médecins élus dans une grande ville, alors qu'ils n'affichent pas d'étiquette partisane, et exerçant des fonctions d'adjoint ? De plus si nous considérons la population des médecins maires, il nous faut bien distinguer la taille des communes pour s'attacher à déceler l'importance des structures partisans dans la désignation des candidats.

1.1 La formulation tacite de l'identité localisée du médecin : rôle professionnel et espaces de reconnaissance

Par la notion de formulation tacite, nous souhaitons exprimer l'idée que les différentes actualisations du métier de médecin contribuent à conférer à celui qui l'exerce une identité localisée sans que, pour autant, la recherche de celle-ci constitue un but comme cela peut être le cas lorsqu'on fait acte de candidature à une élection. La singularité de la position liée à cette profession découle de la réalisation de cette identité en dehors d'une intentionnalité affichée. Il est difficile de soutenir que la préoccupation majeure de quelqu'un qui choisit d'être médecin est de se construire une identité locale, même si cet aspect peut s'inscrire dans un désir plus global de reconnaissance.

L'identité sociale tacitement exprimée repose sur une dualité entre la reconnaissance de la personnalité du médecin et celle de son appartenance professionnelle. Le citoyen, qu'il soit dans son rôle de patient ou dans celui d'électeur, est toujours en présence de cette identité

duale.

Cela explique peut être le caractère apparemment contradictoire des propos recueillis au cours des entretiens relativement à la question de savoir si le « prestige notabiliaire » était toujours d'actualité dans la relation entre le médecin et son patient. Pour la plupart des médecins, cela ne correspond plus à la réalité, mais chez certains, en particulier en milieu rural, cette notion est toujours applicable même s'il est difficile de savoir si elle exprime une relation fondée sur la complicité avec la personnalité du médecin ou un rapport à l'autorité résultant de son appartenance à cette profession. Ce point de vue rappelle que la formulation tacite ne peut être analysée qu'en tenant compte du fait que le milieu local est conçu comme une diversité d'espaces de reconnaissance dans lesquels s'inscrivent les différentes actualisations de la profession de médecin. Ainsi tirer son éligibilité d'une reconnaissance liée à la clientèle professionnelle (médecin généraliste en milieu rural) ne relève pas des mêmes processus que de l'obtenir à partir de l'attribution d'une position dans un espace positionnel (la position perçue en référence à une division verticale de la société)

Dans un premier temps, nous verrons que depuis le début de la Cinquième république, l'évolution de la profession médicale invite à repenser les modalités et les espaces de reconnaissance à partir desquels se constitue l'identité locale des médecins.

Si l'ancrage territorial et temporel généré par la profession de médecin contribue à la constitution de sa présence sociale, il faut essayer de comprendre en quels termes signifiants ce phénomène peut se traduire lors d'une élection. Un lien peut être établi entre les modalités de constitution de la présence sociale et l'adoption d'un registre de légitimation fondé sur l'identification au milieu local.

1.1.1 Les modalités de structuration de la présence sociale à partir du rôle professionnel

En s'appuyant sur les données concernant les médecins élus locaux et celles relatives à la distribution spatiale de la profession, il est possible de sérier les critères suivant lesquels une présentation sera possible. Sur la base de la nature de l'exercice professionnel, une première distinction peut être proposée entre les médecins généralistes, les spécialistes et les professeurs de médecine. Mais cette distinction repose sur des critères qu'il convient de présenter. Si la clientèle constitue un premier espace de reconnaissance, il ne serait pas pertinent de traiter de la même façon chacun des groupes. Le premier critère est constitué autour des pôles temps / espace / reproduction des situations de co-présence. Le deuxième

indicateur est celui de la technicité du geste médical qui conditionne partiellement le précédent. Le dernier critère est celui de l'effet de position sociale qui résulte de l'appartenance au corps des professeurs de médecine. À partir de ces différents éléments, les espaces de reconnaissance sont sensiblement différents même s'ils peuvent se combiner dans les trajectoires de certains médecins.

Le temps, l'espace, la régularité, la familiarité : Le médecin généraliste

Si « le capital de confiance et de reconnaissance » qui fonde la position des élus « est un capital attaché à leur personne »², l'activité de médecin généraliste apparaît comme faisant partie de celles pouvant générer le plus aisément ce type de processus. Toutefois, il serait imprudent de ne pas tenir compte des changements intervenus dans la composition et la distribution de la profession médicale pour étudier les effets en termes d'espace de reconnaissance lié à l'activité de médecin généraliste.

Les modalités de constitution de la présence sociale du médecin qui lui confère une identité dans l'espace local peuvent être analysées à partir de deux notions empruntées à A. Giddens. La première est celle de routinisation que l'on emploie plus souvent pour évoquer la reproduction des pratiques qui permet aux agents de détenir une compétence relative aux situations qu'ils ont à vivre dans leur vie quotidienne ou dans l'exercice de rôles spécifiques. Nous l'associons ici à la notion de « sentiers spatio-temporels » pour comprendre que le rôle professionnel de médecin est le moyen par lequel celui-ci se constitue une présence dans le sens « d'une réciprocité de présence et d'absence ». L'identité d'un agent est d'autant plus consistante auprès de ses contemporains qu'elle est évoquée régulièrement par ces derniers. La présence sociale du médecin résulte du fait qu'il appartient à cet ensemble de gens dont on peut parler même s'ils ne sont pas là. Mais dire cela ne conduit pas à conclure à l'uniformité des espaces de reconnaissance. La structuration engendrée par l'activité professionnelle de médecin induit un processus de reconnaissance qui s'exprime socialement dans des contextes différents.

L'activité de médecin généraliste ouvre un espace de reconnaissance basé sur la territorialité. L'effet le plus significatif pour l'éligibilité du médecin repose sur l'interaction permanente entre une personnalité et sa reconnaissance dans un espace circonscrit par l'activité professionnelle. En milieu rural, la clientèle du médecin s'étend au-delà des limites de sa commune d'installation. L'éligibilité du médecin est pré-constituée par l'instauration « naturelle » de cet espace de reconnaissance. Il est encore possible d'adopter ce type de

lecture pour la partie du corps médical qui se trouve engagée dans des contextes de vie professionnelle et sociale de cette nature. Il peut alors exister une continuité entre ce contexte d'exercice professionnel et la réalité des élections locales centrées sur le lieu où l'élu local inscrit sa légitimité dans un espace particulier. Toutefois, le cadre temporel de cette thèse invite à nuancer ce constat. La conception notabiliaire s'est fondée sur une réalité que nous avons présentée comme l'incarnation d'un rapport d'unicité métonymique assumée par le médecin généraliste. Cela résultait du fait que l'image de la médecine généraliste représentait la profession dans son ensemble et que le médecin généraliste était souvent le seul à exercer dans son village et dans l'espace environnant. Or ce constat n'est aujourd'hui que partiellement vrai.

Il est exact que jusqu'au milieu des années soixante-dix, la densité médicale est très largement composée d'une majorité de médecins généralistes. En milieu rural, les relations entre les individus et l'institution médicale se construisent essentiellement autour de l'intervention d'un généraliste qui est souvent le seul représentant de la profession dans la commune.

Dans ces conditions, il est effectivement celui qui parcourt beaucoup de kilomètres et voit beaucoup de monde. Son métier lui laisse peu de temps libre et il peut difficilement assumer un mandat local, ce qui explique, qu'en majorité, les médecins élus n'exercent qu'un mandat de conseiller municipal.

Les médecins généralistes en milieu urbain peuvent entrer dans ce type de configuration à la nuance près que l'augmentation rapide de la population médicale s'est effectuée dans les villes et que le statut d'exception y a été atténué plus tôt. On relève ainsi qu'en 1979, sur 1806 médecins libéraux installés en Gironde, plus de 1000 exerçaient dans Bordeaux et son agglomération³.

En milieu urbain, l'espace de reconnaissance lié à la clientèle est un peu plus difficile à apprécier du fait que la population médicale y est plus concentrée et que l'identité des quartiers y est plus ou moins affirmée. Les mouvements de population rendent plus délicate la fidélisation des clientèles. Néanmoins, il est possible d'observer un ancrage local urbain chez certains médecins généralistes susceptible de faciliter une identification au lieu lors des campagnes électorales. Les exemples du docteur Buffet à Talence et du docteur Jault dans le quartier de La Bastide à Bordeaux peuvent illustrer ce constat. Il ne faut pas sous-estimer que cet ancrage dans un lieu peut se doubler d'un marquage atypique de l'espace professionnel, comme ce fut le cas des médecins en charge de la population cheminote dans certaines villes.

² D. Gaxie, *La démocratie représentative*, Paris, Montchrestien, 1993, p. 79.

³ *Sud Ouest*, 33, 20 mars 1979.

Les éléments de singularisation de l'espace local confortent l'affirmation de la présence sociale du médecin.

Un facteur peut relativiser l'analyse en termes d'ancrage local. Il a été indiqué dans le chapitre 1 que les rencontres entre les médecins et leurs patients s'effectuent principalement dans le cabinet médical et non au domicile des patients. Concrètement, cela signifie que l'exercice professionnel donne lieu à moins de déplacements sur les sentiers spatio-temporels où pouvaient se dérouler les rencontres avec la population. Ce fait modifie les conditions de structuration de la présence sociale du médecin même s'il est difficile d'en mesurer les effets en termes de reconnaissance.

Jusqu'au milieu des années soixante-dix les conditions matérielles laissent penser que le médecin généraliste jouit encore d'un statut d'exception dans la vie locale. Mais, à partir de cette époque, se dessine une évolution de la profession qui va modifier cet aspect de la réalité⁴.

L'augmentation de la profession médicale commence à faire sentir ses effets au début des années 80 (entre 72 et 99, le total des médecins passe de 77300 à 193200). Par exemple en 1979, le Docteur Coicaud, gynécologue obstétricien à Bergerac, élu local, Président départemental et secrétaire national de la FMF, constatait « qu'en 1976, pour 370 000 habitants en Dordogne, il y avait 400 médecins. Deux ans plus tard, pour une population stagnante, il y en avait 500 »⁵.

Au début, c'est la population des généralistes qui alimente cette augmentation en suivant une tendance au rééquilibrage en faveur de l'installation en milieu rural. À l'occasion d'une enquête effectuée en 1979, le journal *Sud Ouest* notait qu'au cours des cinq dernières années, il s'était installé autant de médecins en zone rurale (204) qu'à Bordeaux (205)⁶. Cette situation fait que dans les petites communes rurales on ne va plus voir « le » médecin mais un des médecins. Pour des communes de plus grande taille comme Langon, Sainte-Foy-La-Grande, Blaye, les médecins vont plutôt s'associer en cabinets de groupe à l'image de ce qui se faisait dans les grandes villes depuis plus longtemps. Le premier effet est que pour chaque médecin, il y a une réduction de sa clientèle et donc du potentiel de reconnaissance résultant de sa profession. Constat souvent exprimé au cours des entretiens par des propositions se référant « à la diminution de la clientèle liée à la pléthore de médecins », « à la disparition du médecin de famille » ou « à une plus grande concurrence résultant de la démographie

⁴ Rien que pour la faculté de médecine de Bordeaux, le nombre de médecins admis à passer leur thèse a plus que doublé entre 1965 et 1975, de 232 à 538.

⁵ *Sud Ouest*, 24, 16 janvier 1979.

⁶ Enquête *Sud Ouest*, 33, des 20/21 mars 1979.

médicale »⁷.

On peut aussi émettre l'hypothèse suivant laquelle le développement des cabinets de groupe a contribué à une atténuation de l'exception symbolique qui accompagnait l'image « du » médecin. Ce dernier était, dans la majorité des cas, un acteur individuel entretenant une relation particulière avec chacun de ses patients. Avec l'exercice en cabinet de groupe, s'instaure une fonctionnalisation du site thérapeutique qui peut induire la croyance à une dépersonnalisation du lien avec le médecin. Lorsque des médecins indiquent qu'ils ont parfois le sentiment d'assurer une « prestation de service » ou qu'il y a une « banalisation » de leur exercice professionnel, ils ne font que mettre en évidence les conséquences de cette fonctionnalisation, liée par ailleurs, au registre de la professionnalité.

Il faut préciser qu'il s'agit là de tendances évoluant en parallèle, de sorte qu'aujourd'hui les contextes d'exercice de la médecine généraliste sont plus diversifiés qu'il y a quarante ans. Cela est également vrai dans le domaine de la technicité de la pratique médicale avec l'augmentation des modes d'exercice particuliers (acupuncture, mésothérapie, homéopathie, etc...) qui permettent aux médecins généralistes de se singulariser dans leur univers professionnel pour augmenter leur clientèle. Une simple observation de l'annuaire téléphonique sur plusieurs années permet de vérifier ce constat.

Il serait cependant incomplet de s'arrêter à cette représentation de la profession médicale parce qu'à la suite des travaux de la commission Fougères à la fin des années soixante dix, il a été décidé de ralentir l'augmentation de la profession médicale en abaissant le nombre de médecins entrant dans la vie active de 10000 à 6000 entre 1978 et 1985. Dans les faits, le *numerus clausus* a été régulièrement abaissé pour atteindre un minimum de 3500 en 1993. Ces choix expliquent qu'il soit prévu une détérioration de la densité globale médecins/habitants et un risque réel de pénurie dans certains secteurs à l'horizon 2010 / 2015. Néanmoins, le profil global de la profession a connu une évolution fondamentale consacrée par l'inversion du rapport entre les spécialistes (98000) et les généralistes (95000) en 1999.

Cela signifie que l'espace de reconnaissance reposant sur la clientèle professionnelle a lui aussi évolué. Même si on prend en compte le phénomène de la généralisation de l'accès direct qui conduit les patients à ne pas se référer préalablement à un généraliste pour consulter un spécialiste, et qui provoque une augmentation de la clientèle de ces derniers, il n'en demeure pas moins que les critères de reconnaissance et les agents qui les utilisent ne sont pas les mêmes.

⁷ Citations extraites des entretiens mais que l'on retrouve assez régulièrement dans la presse médicale.

Critère de reconnaissance des médecins spécialistes : plus de technicité moins d'ancrage relationnel dans l'espace - temps

Le médecin spécialiste est encore de nos jours un médecin urbain dont la clientèle n'est pas associée à un territoire mais à la nature de la spécialité. Il peut être reconnu par des agents qui habitent aussi bien dans sa commune de résidence que dans les communes environnantes. Ses clients sont plus rarement des électeurs potentiels. En revanche, en tant que médecin urbain il s'expose à l'espace de reconnaissance professionnelle de façon plus nette. Pour certaines spécialités comme la pédiatrie la clientèle est plus structurée car le pédiatre est à l'enfant ce que le généraliste était autrefois pour la famille. Il y a plus de régularité dans les rapports de clientèle parce que l'enfance fait l'objet d'une construction sociale qui lui attribue un régime de protection de plus en plus élaboré.

L'espace de reconnaissance constitué autour de la présence sociale d'un médecin spécialiste n'est pas de nature identique à celui qui concerne les médecins généralistes. Même s'il est possible d'observer que des spécialistes n'hésitent plus à s'installer dans des unités urbaines de petite taille, c'est encore en milieu urbain que se situe majoritairement leur contexte de vie. La composition de leur clientèle est différente de celle de leur électorat potentiel. Leur éligibilité ne repose donc pas directement sur elle mais sur les propriétés spécifiques de leur milieu social, professionnel et politique.

Professeurs de médecine et chirurgiens : reconnaissance d'une position

Pour ce qui est des chirurgiens et professeurs d'université, la dimension urbaine est omniprésente du fait qu'ils exercent principalement dans les grandes villes. La reconnaissance liée à l'activité professionnelle résulte davantage de ce qui est attribué au statut. Lorsqu'un professeur de médecine est élu en milieu rural ou dans une petite commune urbaine, c'est davantage en raison du « prestige » associé à son statut qu'à un phénomène de clientèle. Il faut aussi prendre en compte la composition sociologique de l'espace dans lequel il est élu. Par exemple, l'accès au poste de maire du professeur M à Latresne (33) ne doit pas être dissocié du fait que cette commune est plutôt à tonalité conservatrice. À l'opposé, le Professeur B a été élu maire d'une commune rurale de Dordogne, appartenant à un territoire à dominante radical avant de devenir conseiller général puis Président de l'assemblée départementale.

Majoritairement, les professeurs de médecine et les chirurgiens sont élus dans les grandes villes même s'il arrive qu'on puisse les rencontrer dans des villes de moyenne importance et pour des raisons singulières. On peut évoquer ici le cas de la commune de La Teste (33) où

trois des médecins de l'hôpital se sont engagés dans les élections municipales entre 1983 et 2001. Nous reviendrons sur le cas des villes dotées de structures hospitalières pour souligner la singularité des processus de reconnaissance dans ce type d'espace. Le médecin exerçant dans un centre hospitalier général peut en fait faire l'objet d'une double reconnaissance, celle des patients opérés et celle des cercles statuant sur l'éligibilité des agents. C'est ainsi que l'on a pu dire du docteur A-M qu'il était « plus connu et reconnu pour son travail à l'hôpital Jean Hameau de La Teste »⁸.

Si nous avons à exprimer ce que nous dit la présence des professeurs de médecine dans les élections locales en termes de lecture de la réalité nous avancerions l'hypothèse suivante :

L'accession des professeurs de médecine et des chirurgiens à l'éligibilité locale résulte davantage d'une reconnaissance de position (au sens de localisation dans un univers hiérarchisé) que des effets de clientèle professionnelle. L'appel fait à un professeur de médecine pour figurer sur une liste comme ce fut le cas pour le professeur B à Mérignac (33) en 1989 illustre ce type d'interprétation. Observons que cette dimension symbolique est d'autant plus affirmée que ce professeur de médecine ne revendique pas d'appartenance partisane alors que la constitution des listes dans les grandes villes est fortement soumise aux impératifs partisans. C'est un exemple relativement rare car dans la plupart des cas, les professeurs de médecine ou les chirurgiens candidats ou élus dans les grandes villes ont aussi une affiliation partisane.

Comme on vient de le voir, il n'est pas possible de considérer la reconnaissance locale dont les membres de la profession médicale peuvent faire l'objet à partir d'un idéal-type comme cela pouvait être fait avec la conception notabiliaire. Chaque mode d'exercice introduit un certain type de présence sociale que l'évolution temporelle appelle à lire de façon nuancée.

La médecine généraliste ne conserve son pouvoir d'incarnation métonymique que dans certains contextes comme peut en attester la diversité des points de vue exprimée par les médecins élus. D'un côté, ils peuvent insister sur le sentiment d'insatisfaction⁹ en dénonçant « une dégradation du statut » ou « la fin de ce grand notable » pour constater qu'il peut être considéré comme « un prestataire de services » répondant à une « banalisation » de la profession, et à une « perte de l'autorité morale du médecin »¹⁰.

⁸ *Sud Ouest*, 33, 19 mars 2001.

⁹ Voir sur ce point, B. Vergez, *Le monde des médecins au vingtième siècle*, Complexe, Bruxelles, 1996. Au cours de notre enquête sur la presse nous avons rencontré un grand nombre d'articles traitant du « malaise » de la profession médicale, on peut citer par exemple, l'article du 30 mars 1965 qui fait état du « cri d'alarme » des externes des hôpitaux bordelais. La lutte pour la reconnaissance est une constante dans l'histoire de la profession médicale.

¹⁰ Extraits d'entretiens.

De l'autre, le médecin généraliste conserve une partie de son autorité sociale et c'est toujours « le médecin qui fait sa clientèle »¹¹. La médecine généraliste est traversée de ces deux courants qui rendent compte de la perception que les médecins ont des expressions de reconnaissance dont ils sont l'objet.

Cette analyse pourrait être appliquée partiellement à la médecine de spécialité surtout depuis le début des années 90. Parmi les médecins élus locaux les spécialistes et les professeurs de médecine ne sont pas élus à partir du même système de reconnaissance que leurs confrères généralistes. Si l'on a pu dire que « la personne même de l'homme politique est un programme moral », il faut les conditions pour que sa personnalité puisse être reconnue comme « incarnant certaines valeurs (l'honnêteté, la simplicité, l'intelligence, la bonhomie, la compétence) qui peuvent dans certains cas décider de l'attachement dont il est l'objet »¹². Les modalités de reconnaissance de la personnalité des médecins élus locaux varient suivant leurs contextes de vie.

Avec ces différents contextes, nous voyons la complexité des processus de reconnaissance qui entrent en jeu dans la désignation d'un médecin à un poste d'élu local. Il peut s'agir d'une reconnaissance des électeurs qui souhaitent par leur décision consacrer la personnalité d'un médecin pour la qualité de son action professionnelle. La reconnaissance émane aussi de ceux qui élaborent les listes ou interviennent dans les candidatures. Leur point de vue consiste à déterminer en quoi la présence d'un médecin sur une liste peut accroître ses chances de succès. La reconnaissance est ici exercice de repérage dans l'espace social.

1.1.2 Les significations portées par l'identité dans la représentation

En restant dans la perspective suivant laquelle le rôle professionnel de médecin consolide la présence sociale du médecin, il convient de distinguer ce qui est porté par cette présence sociale en termes de signification. Les identités électorales ne sont pas seulement constituées des personnalités des acteurs, elles sont aussi composées de ce que les présences sociales peuvent incarner. Les propriétés ainsi incarnées font partie des critères de reconnaissance utilisés, de façon tacite ou explicite, par les électeurs quand ils produisent la décision électorale. Or les médecins qui présentent un ancrage relationnel et spatio-temporel sont représentatifs de la relation d'empathie que les élus locaux peuvent entretenir avec le milieu

¹¹ Expression utilisée par certains médecins interviewés.

¹² D. Gaxie, *La démocratie représentative*, op. cit., p.27.

dans lequel ils vivent. Cette empathie s'exprime de façon implicite et résulte alors des effets du rôle professionnel de médecin. Elle peut aussi être explicite lorsque, par exemple, l'incarnation locale apparaît dans une argumentation électorale.

1.1.2.1 L'incarnation d'une singularité locale

Si le médecin consultant comme le candidat parvient à « marquer » son territoire, il peut aussi le « revendiquer ».

En connaissant la personnalité d'un médecin, les électeurs peuvent y discerner les traits d'une identité locale dont on ne peut préciser les contours parce qu'elle fait partie de l'incertitude qui entoure l'interprétation fournie par les électeurs. À propos du docteur L, Sénateur-maire de Mont-de-Marsan (40) on a pu dire qu' « il est très profondément landais »¹³ et que « les gens le ressentent » alors même « qu'il serait un socialiste populiste » dont « la vertu principale résiderait dans un pragmatisme qui se traduit par une gestion locale peu teintée d'idéologie ». Pourtant, dans le contexte des élections cantonales de 1979 et des municipales de 1983, la tonalité exprimée par les professions de foi du docteur L est plutôt polémique et partisane. Ce qui peut apparaître comme une contradiction se résume en une adaptation à la variation des contextes d'expression de la personnalité politique.

Quelquefois, cette revendication de l'identification à une singularité locale se double d'un témoignage d'attachement à l'espace de référence.

Ainsi pour sa candidature à l'élection cantonale de Nérac (40) en 1982, le docteur B se présente en déclarant : « ...j'ai choisi le seul parti qui m'intéresse, celui du Néracais. »¹⁴

Pour les municipales de 1989, le docteur C fait savoir que « comme tous ses amis », il, « vote... vit...et travaille à Talence »¹⁵ - et interpelle ses électeurs en ces termes : « Chers Talençais, chères Talençaises, nous avons en commun une même passion : celle de notre ville. Notre équipe est une équipe de proximité, la vôtre. » Pour insister sur cette dimension, il se présente sous l'étiquette de « non professionnel » de la politique, comme un amateur au service de sa commune.

¹³ Les citations concernant le docteur Labeyrie sont extraites de la thèse de M-A. Montané, *Leadership politique et territoire. Comparaison intermédiaire de trois configurations départementales*, Thèse pour le doctorat en science politique, IEP de Bordeaux, Université de Bordeaux 4, 1999, p. 566.

¹⁴ *Sud Ouest*, 47, 3 mars 1982.

¹⁵ Les citations sont extraites de T. Carré, N. Choque, *La belle européenne, le docteur et les petits hommes verts. Analyse de l'offre électorale, municipales de 1989 à Talence*, rapport de séminaire vie locale, IEP de Bordeaux, université de Bordeaux I, 1988-1989, p. 23.

Dans un échange entre le docteur J. F A–M et le docteur E, lors des élections municipales de 2001 à La Teste (33), les deux candidats ne se privent pas de mentionner leur ancrage local. Le premier déclare : « ...je travaillais à l'hôpital Jean Hameau où j'ai fait naître quantité de petits Testerins sur plusieurs générations... ». Le second lui répond en soulignant que « si M. Acot–Mirande a fait naître, moi j'ai opéré de nombreux Testerins en tant que chirurgien. »¹⁶

Dans une de ses professions de foi pour l'élection cantonale de Tartas (40) en 1979, le docteur E présente sa candidature en ces termes: « Médecin de campagne, je leur apporte tout mon dévouement et mon affection...c'est dire comme je suis attaché à ma bonne ville de Tartas »¹⁷.

Le docteur M, candidat sur le canton de Grignols (33) en 1982, se présente en déclarant : « Durant trente cinq années, j'ai passé mon existence au service d'une grande partie de la population de notre canton de Grignols. J'ai essayé dans toute la mesure de mes moyens, d'apporter un soulagement à vos souffrances non seulement physiques, mais aussi très souvent morales, le médecin se doublant alors du confesseur. »¹⁸

Cet attachement au milieu local peut aussi être accentué par la succession dans les univers professionnel et électif. La continuité du nom marque la pérennisation de l'attachement.

L'héritage professionnel et parfois électif permet d'illustrer la présence sociale d'une famille de médecins élus. Le cas le plus évident est celui de la famille Queyroi à Hautefort (24) : lorsque Jean – Marie Queyroi est élu au Conseil général en 1989 (PS), il succède à son père le docteur Pierre Queyroi qui lui-même avait succédé au cabinet et au Conseil général à son père en 1958. Le père de Pierre Queyroi était le médecin de campagne d'Hautefort. L'existence du château d'Hautefort aurait-elle institué implicitement le lignage en paradigme pratique ? Il existe d'autres exemples en Aquitaine : à Langon (33), le docteur L, fils de médecin, succède à son père au Conseil général en 1961, à Arthez de Béarn (64), le docteur C est dans la même situation. La succession familiale au cabinet accentue la perception du lien entre le médecin et son milieu. L'espace de reconnaissance est constitué et consolidé. Le docteur V, maire de Langon, qui fut aussi conseiller général et conseiller régional, nous a dit qu'il était connu par une partie de la population de la ville sous un surnom dont la familiarité attestait du lien ancien entre son identité et la ville. On peut aussi mentionner le canton de Sore (40) dans lequel trois médecins se succèdent au poste de conseiller général tout au long de notre période d'étude. En 1970, le docteur H, cardiologue, prend la suite du docteur F et

¹⁶ *Sud Ouest*, 33, 16 mars 2001.

¹⁷ *Sud Ouest*, 40, 16 mars 1979.

¹⁸ *Sud Ouest*, 33, 12 mars 1982.

conserve son mandat jusqu'en 1988. Cette année-là, le docteur L devient conseiller général sur ce canton.

Comment ne pas rappeler, ici, le cas du docteur J. Grenet qui, en 1975, prend la succession de son père à la tête de la clinique créée par ce dernier. Il devient maire de Bayonne en 1995. En 1993, il entre à l'Assemblée nationale quand Alain Lamassoure est nommé ministre délégué aux affaires européennes, il « est aussi connu dans le monde du rugby »¹⁹.

Le docteur J-L Langlois, qui succède à son père au poste de conseiller général de Langon, en 1961, sous l'étiquette « socialiste indépendant-centre gauche- Front démocratique », est élu alors qu'il se trouve en concurrence avec un autre candidat de la SFIO au premier tour. Le poids symbolique de son nom est de ce fait plus net.

Sans qu'il y ait de liens familiaux, la seule collaboration professionnelle peut se traduire dans le domaine électif. Ainsi le docteur D à Fronsac (33) a été l'associé du docteur T avant de lui succéder au Conseil général de la Gironde. Le docteur L conseiller municipal de Langon (33) est associé avec le docteur V, lui-même maire de la commune et conseiller général.

L'adaptation au milieu local ne se construit pas seulement sur une identification réussie à celui-ci. Elle peut également se réaliser par une certaine forme de rupture avec les représentations de la profession médicale qui sont censées prévaloir dans un espace local donné. La question n'est pas de savoir si la façon d'être de tel ou tel médecin est empreinte d'authenticité mais d'appréhender les éléments d'identité qui sont fournis aux électeurs pour formuler leur décision. Ainsi dans la présentation qui est faite du docteur V, élu conseiller général du Lot-et-Garonne en battant J. François-Poncet en 1994, député en 1997, puis maire d'Agen en 2001, l'accent est mis sur son refus d'incarner « l'image traditionnelle du notable »²⁰. Il est décrit comme ayant un contact simple et direct avec les gens, après avoir connu une vie personnelle marquée par la difficulté. Sa participation à la médecine humanitaire pendant plusieurs années contribue à articuler son image à la légitimité actuelle de cette activité.

Or tel qu'il apparaît le docteur V est par ces aspects le contraire de ce qu'ont été les médecins élus en Lot-et-Garonne, et notamment son opposant sur la commune d'Agen le docteur C. Son activité de chirurgien ajoute une singularisation professionnelle qui peut jouer dans une ville de l'importance d'Agen où le secteur médical est très présent. Il est arrivé à Agen après avoir été recruté par le groupe Harpin principale structure d'hospitalisation privée de la ville dirigée par le docteur A qui fut conseiller municipal d'Agen jusqu'en 2001. Le docteur C ne

¹⁹ *Impact médecin quotidien* n°379, 5 avril 1993.

²⁰ A. Orenstein, *Les élections municipales de 1995 à Agen*, Rapport de séminaire IEP de Bordeaux, 1996/1997.

voulant plus du docteur A sur sa liste en 2001, le directeur de la clinique privée figurait sur la liste concurrente, celle du docteur V.

Comme on a pu le vérifier, l'empathie avec le milieu local qui s'exprime à l'occasion d'une élection locale repose sur une formulation implicite résultant de l'activité professionnelle consultante et elle s'exprime de façon explicite lorsqu'elle apparaît dans un registre utilisé par le médecin candidat.

L'attachement au lieu s'exprime aussi par l'implication dans des activités sociales.

Par les activités sociales qu'ils peuvent développer localement les médecins élargissent leur espace de reconnaissance. Ces activités les mettent en contact d'autres agents qu'ils soient collaborateurs ou bénéficiaires de ces activités. Ces autres agents sont aussi des électeurs qui peuvent reconnaître le ou les médecins le moment venu.

L'attachement à la communauté s'exprime aussi par les engagements que les médecins peuvent réaliser dans la vie locale, on pense ainsi aux actions de collaboration avec la Croix-Rouge. Le docteur A, ancien maire de La Réole (33), était aussi président de la Croix-Rouge réolaise. Cette disponibilité au service des autres, les médecins la mettent en œuvre en participant à l'activité des associations de type culturel ou social²¹.

Malgré la charge de travail induite par leur activité professionnelle les médecins élus locaux participent aux activités sociales dans des domaines variés. Chacun de ces engagements accorde au médecin la possibilité de faire connaître son identité des différentes strates de la société locale. La motivation la plus souvent invoquée au cours des entretiens s'inscrit dans des registres comme « être utile » ou aider les autres. Ce qui peut conduire certains médecins à exercer leur activité bénévolement après avoir pris leur retraite comme le docteur G maire du Taillan-Médoc (33) jusqu'en 2001.

L'engagement associatif des médecins leur ouvre des champs de reconnaissance à l'intérieur de la société locale.

Avant d'être élu maire de Sainte-Foy-La-Grande (33), le docteur M, outre son service dans l'hôpital de cette ville et l'activité de son cabinet, a initié les démarches visant à mettre en place une action culturelle. Il place son intervention comme la continuité sociale d'un centre d'intérêt personnel.

Dans la présentation qui est faite du docteur Grenet en 1959, il est rappelé de façon un peu ambiguë son attachement au milieu du rugby. On ne sait pas si c'est le docteur Grenet qui est de tendance radicale-centriste ou l'Aviron Bayonnais. À moins que les mystères du langage ne tendent à exprimer la complexité des réseaux.

« Lors de la précampagne électorale, deux leaders se dégagèrent : le docteur H. Grenet, chirurgien, Président de l’Aviron Bayonnais (de tendance radicale-centriste) et le colonel J. Thomazo, nouveau député de la circonscription Côte-Basque. Des tentatives de rapprochement entre ces deux leaders eurent lieu mais elles échouèrent. Le désaccord Grenet–Thomazo provient d’abord d’exclusives et d’ostracismes de partisans, amis et supporters des deux leaders et ce, pour des raisons différentes. »²². Curieusement, on retrouvera pour le fils du docteur Grenet une allusion comparable à son intérêt pour le rugby (voir note 19 plus haut).

Le docteur M, fils de l’ancien maire de Bazas (33), pour sa part, invoque son intérêt pour la culture locale par sa participation aux travaux des Cahiers du Bazadais.²³

D’autres comme le docteur C à Agen (47) s’engagent dans des actions plus proches du secteur thérapeutique et n’hésitent pas à rappeler ce choix : « J’étais pédiatre et j’ai eu un engagement associatif important pendant les trente ans de ma carrière. J’ai participé à la mise en place de structures associatives de protection de l’enfance au sein de la famille. Dans les années soixante, des placements en établissements ont été remplacés par cette action dite en milieu ouvert et j’ai participé à la mise en place de structures comme la Sauvegarde, la Guidance, le CMPP et le CAMSP. Comme ces structures vivent avec l’argent public, j’ai été conduit à entrer en contact avec le Conseil général »²⁴.

Il est possible d’interpréter ce type d’engagement comme un substitut à la moindre exposition qui touche l’identité du médecin relativement à l’évolution qui a été évoquée plus haut. C’est un phénomène difficile à mesurer mais en agissant ainsi le médecin s’investit dans des parcelles de l’espace social d’une façon qui réduit la distance qui peut le séparer des agents lorsqu’ils sont ses patients. Ainsi le mode sur lequel se crée la reconnaissance de son identité tend à réhabiliter sa proximité aussi bien sociale que spatiale.

Néanmoins, les médecins se trouvent impliqués dans des associations dont la composition apparaît socialement plus sélective. La position sociale s’exprime ici comme l’appartenance aux bourgeoisies locales. C’est le cas d’association du type Lion’s Club ou Rotary²⁵. La reconnaissance obtenue (recherchée ?) est celle des milieux économiquement aisés à qui il est d’usage d’attribuer un patrimoine culturel élevé. La conception notabiliaire reprend cette dimension lorsqu’elle évoque l’influence des «élites locales» dans les réseaux de pouvoir.

²¹ Entretiens.

²² *Le courrier* 26 janvier 1959, Archives départementales des Pyrénées-Atlantiques (AD 64), U3499, p. 182.

²³ Entretiens.

²⁴ Extrait du rapport de séminaire d’Anne Orenstein sur les élections municipales à Agen en 1995.

²⁵ Evoqué dans les entretiens, 12, 13, 26.

Plusieurs médecins interrogés ont déclaré avoir appartenu, à un moment de leur vie, à une de ces associations.

La personnalité du médecin peut ainsi être doublement connue : par les membres de ces associations et par les agents qui leur sont extérieurs lorsque celles-ci interviennent dans des domaines présentés comme étant d'utilité publique.

1.1.2.2 Le centrage sur la personnalité du médecin appuyé par le registre de l'apolitisme

L'identité présentée par le médecin à ses électeurs est centrée sur sa personnalité dans des contextes qui appellent des lectures différenciées.

Ainsi dans les situations électorales où la compétition reste peu marquée par les étiquettes partisans, ce sont les personnalités qui sont choisies et dans ce cas, celle du médecin est plus facilement reconnaissable pour les raisons que nous avons indiquées plus haut. On pense ici aux élections municipales dans les petites communes rurales. Mais ce type de présentation de l'identité est aussi présent dans des élections où les étiquettes partisans ne sont pas absentes. Par exemple, dans certains cantons ruraux, la compétition se joue entre des personnalités, et le médecin se présente comme « indépendant » ou « sans étiquette », ce qui ne signifie nullement que les candidats ne sont pas clairement repérés par les réseaux partisans locaux. Ces derniers ont simplement jugé qu'il n'était pas pertinent d'activer cette dimension de l'identité eu égard au contexte électoral. Attitude qui peut apparaître en accord avec une opinion répandue concernant les élections locales suivant laquelle les électeurs votent surtout en fonction de la personnalité du candidat. Ainsi à la veille des élections municipales de 1971, 63% des électeurs « tenaient toujours compte au premier chef des *qualités personnelles des candidats* »²⁶.

Néanmoins, la « présentation de soi » effectuée par des médecins au cours des élections locales successives n'est pas fixée à l'identique tout au long de leurs trajectoires électives. À l'occasion d'une première tentative, un médecin se présente sous une étiquette non partisane, alors que quelques années plus tard, il ne refusera pas d'être investi par un parti politique. Pour les élections cantonales, scrutin uninominal permettant la mise en valeur de la personnalité, le jeu entre la revendication d'apolitisme et le recours à une étiquette partisane s'établit avec des nuances variant en fonction des sites et des époques. Le registre de l'apolitisme reste étroitement lié à la mise en évidence de l'identité personnelle.

Pour le médecin élu sous une étiquette centrée sur sa personnalité, « indépendant, sans étiquette », il faut continuer dans son parcours d'élu à générer des espaces de reconnaissance qui lui permettront le moment venu de conserver la part personnelle de son identité électorale.

Par exemple, la présidence de l'association des maires du canton est une position mais aussi une exposition de la personnalité. C'est le cas du docteur G lorsqu'il est élu conseiller général de Saint-Savin de Blaye (33) en 1968. Le docteur P, maire de Lit-et-Mixe (40) et conseiller général de Castets dans les Landes, évoque dans une de ses déclarations sa collaboration avec les maires du canton. Là aussi la position d'élu ouvre un espace de reconnaissance qui peut supplanter les autres constituants de l'éligibilité locale parce qu'il est l'élément alternatif à la crédibilité potentielle proposée par l'espace partisan. Lors de sa première tentative au Conseil général des Landes, en 1979 à 36 ans, il est concurrencé par un candidat RPR au premier tour et sera élu au 2^{ème}. En 1985, il est candidat unique de l'opposition et se retrouve élu dès le premier tour.

Les forces partisans peuvent accepter la volonté d'un médecin candidat à une élection de ne pas afficher d'identité partisane en ne présentant pas de candidat concurrent.

Au contraire, lorsque les structures partisans trouvent un candidat de substitution ou instaurent une concurrence dès le premier tour, elles formulent l'affaiblissement, de leur point de vue, du facteur personnel.

L'individuation de l'éligibilité est mise en évidence lorsqu'elle se propose d'incarner la négation de la signification partisane de l'élection.

L'attitude du Professeur C, maire de Gradignan (33), par sa constance et sa clarté sur ce point, est sans doute l'exemple le plus évocateur et le plus rare. Par ses déclarations lors des campagnes pour les municipales, il a toujours insisté sur l'évocation de la compétence locale pour disqualifier l'intrusion des structures partisans dans la vie municipale, ce qui voulait dire aussi qu'il conservait une marge d'appréciation déterminante dans la composition de sa liste. Il s'est toujours refusé à intervenir dans les campagnes électorales cantonales ou autres.

Au début de la Cinquième république, s'amorce une recomposition de l'espace partisan dont l'un des principaux axes est le positionnement des forces politiques par rapport au mouvement gaulliste. À Bayonne, la candidature du Docteur Grenet aux élections municipales de 1959 se construit sur la revendication d'un apolitisme en opposition à la liste étiquetée U.N.R menée par M. Thomazo : « La liste que nous présentons à vos suffrages est une liste d'union sans caractère politique »²⁷. Les significations attachées à cette

²⁶ A. Mabileau, « Les élections locales », dans *Encyclopédie des collectivités locales*, 1979, p. 41-6.

²⁷ AD 64, document U 3499, p. 184.

« présentation de soi » en élection sont de plusieurs ordres. C'est tout simplement la possibilité d'attirer à soi ceux qui sont hostiles au Gaullisme et qui constituent à cette époque un éventail d'opinions assez large. Mais en même temps, cela permet d'apparaître comme un acteur pour qui la dimension locale est prépondérante par rapport à la dimension partisane dont l'invocation renvoie à une expression nationale de la conflictualité politique. Ce positionnement élargit l'espace de reconnaissance dans la mesure où la personnalité de celui qui le porte incarne une gamme de significations dans laquelle un plus grand nombre d'électeurs peut se reconnaître : ceux qui sont hostiles au Gaullisme, ceux qui optent pour la « préférence locale », ceux qui sont à gauche mais ne veulent pas des communistes et pour qui le positionnement « non gaulliste » est un indicateur, etc.

Par la suite le docteur Grenet saura faire preuve d'une réelle compétence d'adaptation aux contraintes que lui imposent les structures partisans. L'identité électorale est aussi le produit des élections antérieures.

Parfois, le médecin tente de se dissocier de la « politique politicienne » pour se poser en rassembleur même si les positions qu'il défend peuvent apparaître contradictoires : « Je déteste la politique politicienne. Cette fois je me suis décidé car la droite avait besoin d'un rassembleur pour ressouder ses forces ».²⁸

Pour les élections municipales de La Teste (33) en 2001 où se sont opposés le docteur A-M et le docteur E les étiquettes partisans ont été volontairement mises en retrait ce qui contribue à mettre en évidence l'opposition entre les deux anciens confrères à l'hôpital Jean Hameau de La Teste. La focalisation sur les personnalités est alors accentuée.

La volonté de marquer son identité reste présente même dans les cas où les médecins ne visent pas un poste de maire ou de conseiller général. Lorsqu'ils participent à une liste, ils expriment souvent l'autonomie de leur décision à travers les justifications de leur choix. Par exemple sur la commune de Mérignac, à une vingtaine d'années de distance, deux médecins prennent des décisions opposées. En 1977, le docteur M justifie son refus de participer à la liste de M. Sainte-Marie parce qu'elle présente, d'après lui, une dimension partisane trop marquée. Il appartenait à la municipalité précédente de R. Brettes. Le contexte de ces élections est effectivement très axé sur la « partisanisation » des élections municipales.

En 1989, le docteur B, professeur de médecine à la retraite, décide de participer à la liste de M. Sainte-Marie. Le contexte mérignacais a changé. Le maire sortant a une autonomie plus grande pour l'élaboration de sa liste, le contexte partisan national est de plus en plus flou, il peut choisir de confier à une personne qui n'est pas encartée un poste d'adjoint à la

prévention. C'est la présence d'un professeur de médecine qui est perçue comme un point positif pour la liste.

En 1977, lorsque le docteur Bataille justifie son appartenance à la liste conduite par Roland Dumas pour les élections municipales à Bordeaux, il exprime ce choix à partir d'un marquage de son identité. Il précise dès la quatrième ligne de son texte²⁹, qu'il est issu d'une famille « humaniste et libérale », et poursuit en développant un ensemble de points de vue qui contribue à mettre en évidence la dimension individuée de sa décision.

1.2 L'identité au carrefour des espaces de reconnaissance centrés sur la personnalité du médecin

De leur position professionnelle, des médecins peuvent s'engager dans des trajectoires de mobilisation sociale. Parmi ceux qui ont adhéré à un parti politique ou / et qui ont cumulé plusieurs mandats, certains ont exercé des responsabilités au sein des syndicats professionnels par exemple. D'autres ont initié des associations locales regroupant des médecins ou plusieurs professions appartenant au secteur médical. À travers ces aventures sociales, l'éligibilité des médecins repose sur une diversité d'espaces de reconnaissance. Ceux qui ont pris l'initiative de ces mouvements ont prouvé à leurs confrères qu'ils avaient une compétence à mobiliser et à organiser les choses. Les organisations créées fonctionnent aussi comme des réseaux d'inter-connaissance susceptibles de tisser des liens de solidarité. L'exercice de responsabilités syndicales permet d'être présent dans des contextes de mobilisation et de négociation ce qui facilite l'extension de l'espace de reconnaissance de celui qui s'y trouve engagé, avec parfois la participation à un cabinet ministériel comme aboutissement.

L'élargissement de l'espace de reconnaissance centré sur la personnalité du médecin s'organise en une succession d'actes de reconnaissance de sa compétence à travers les différents contextes d'action dans lesquels il se trouve impliqué.

1.2.1 Le positionnement dans l'espace professionnel institutionnel

Ils sont finalement assez peu nombreux les médecins qui, à l'image du docteur C, ancien

²⁸ Docteur J-P Guitton, maire du Taillan Médoc de 95 à 2001, *Sud Ouest*.

²⁹ Un choix délibéré, *Sud Ouest*, 33, 10 mars 1977.

député-maire d'Agen, ont présidé le Conseil départemental de l'Ordre. Peut-être faut-il voir ici une des conséquences du scepticisme relatif d'une partie de la profession médicale à l'égard de cette institution même s'il ne faut pas négliger un effet de génération. Les plus jeunes étant les plus sceptiques, les plus anciens plus « respectueux » de sa mission.

Leurs positions illustrent assez justement les mouvements de contestation qui ont visé cette institution au cours des vingt dernières années : refus de payer les cotisations, réforme du fonctionnement interne.

Sur le terrain local, il n'y a pas de véritable correspondance entre l'engagement en son sein et la recherche de mandats électifs. N'ayant pas étudié la question de façon spécifique, nous ne sommes pas en mesure de confirmer les résultats de l'enquête qui aboutissait à établir une correspondance entre l'appartenance au Conseil de l'Ordre et la détention de mandats électifs locaux et nationaux³⁰. Nous avons relevé dans la presse que le professeur B (conseiller municipal de Bordeaux, député européen) et le docteur A (ancien maire de La Réole et candidat au Conseil général) avaient été membres du Conseil départemental de l'Ordre des médecins de la Gironde.

Mais, il arrive que la solidarité professionnelle intervienne dans le cadre d'une compétition électorale comme ce fut le cas pour la candidature du docteur D sur le canton de Tonneins (47) en 1979³¹.

1.2.2 La reconnaissance résultant de la réussite dans une entreprise de mobilisation sociale

Les engagements sociaux des médecins élus locaux peuvent s'exprimer de différentes façons. Il peut s'agir d'initiatives dans les domaines syndical, professionnel ou culturel. La personnalité du médecin a plus de chances d'être reconnue si ce dernier se trouve être fondateur ou dirigeant du mouvement auquel il participe.

L'appartenance à un syndicat.

Parmi les médecins élus locaux, quelques-uns ont occupé des postes de responsabilité au sein d'une organisation syndicale.

C'est le cas du docteur C, candidat à la présidence de FMF en 1991, qui poursuit un itinéraire

³⁰ *50 ans d'exercice de la médecine en France, op. cit.*, p. 132.

³¹ *Sud Ouest*, 47, 23 mars 1979.

politique depuis 1973. Il a également été secrétaire général du RPR pour la Dordogne. Parmi ses actions au niveau national, on peut rappeler qu'il a participé aux travaux de la commission Fougères à la fin des années 70 et qu'il a été membre du cabinet de la ministre Barzach.

Le docteur F, médecin anesthésiste au centre hospitalier intercommunal de La Teste et candidat aux municipales de cette commune en 1983 a été président d'un syndicat de médecins anesthésistes.

Le docteur F qui a connu un riche parcours électif, conseiller municipal puis maire d'Arcachon (33) et conseiller général, a exercé la présidence d'un syndicat de médecins, le SMAR.

Celui qui est maire de Cadillac (33) depuis 1995, le docteur De G, a été co-fondateur du syndicat MG 33 en 1987. Une étude plus approfondie de la composition des bureaux des différentes organisations syndicales et professionnelles permettrait peut être de vérifier une corrélation entre l'occupation d'une position dirigeante dans ce type de structure et la poursuite d'un itinéraire électif.

On pourrait aussi remarquer que, parmi les médecins exerçant des responsabilités syndicales, certains n'excluent pas de briguer un mandat électif. Un des médecins interrogés, président départemental de la CSMF, membre du bureau national depuis 1985, a participé à l'élaboration du projet santé de son parti. Il ne s'interdisait pas, en tout cas au moment de notre entretien, de briguer un mandat public.

Dans certains départements comme les Landes ou les Pyrénées-Atlantiques, l'appartenance à la profession médicale facilite l'implication dans les politiques menées en matière de thermalisme. Ainsi, il a été dit à propos du docteur Ebrard, maire radical d'Oloron et conseiller général d'Arudy (64), que « son implantation politique est renforcée par ses activités d'animateur de la fédération touristique et thermale du Béarn dont il est le président »³², du reste il sera chargé d'une mission par l'Elysée, en 1981, en raison de sa position à la tête de la Fédération internationale du thermalisme. Quelques années plus tard, le docteur Lalanne se retrouvera dans une position comparable.

Il ne faut pas oublier le rôle de certains médecins, praticiens ou anciens praticiens du secteur privé, placés à la tête de la Fédération de l'hospitalisation privée, comme le docteur A, ancien conseiller municipal d'Agen, qui en est le président pour l'Aquitaine et le vice-président au niveau national.³³

Cet engagement des médecins dans les responsabilités syndicales appelle plusieurs lectures. Il

³² AD 64, document U 3961, p. 94.

³³ *Sud Ouest*, 33, 24 octobre 2001.

est possible d'interpréter cela comme une motivation des médecins à participer à une action de mobilisation sociale dans une logique de défense des intérêts ou de lobbying préventif. Le lobbying médical, comme toutes les formes de lobbying, se situe dans une double perspective de réparation (par rapport à une décision jugée inacceptable par la profession) ou une logique de prévention. Intégrer ce type de position c'est pour son auteur avoir la possibilité d'être connu et reconnu pour l'agir qui a été développé. C'est donc la possibilité de placer sa personnalité au cœur d'un réseau professionnel pouvant fonctionner le moment venu comme un espace de reconnaissance. Cela peut être compris comme une étape dans le processus de complexification de l'éligibilité locale. Les exemples que nous avons cités accréditent la thèse d'une continuité entre les engagements syndicaux et les trajectoires politiques.

La mobilisation professionnelle localisée

L'identité d'un médecin découle aussi du fait qu'il s'engage parfois dans des actions qui vont contribuer à élargir l'espace de reconnaissance dont il peut faire l'objet. Il s'agit d'un élargissement autant géographique que relationnel par rapport à l'espace d'exercice professionnel. En Gironde, nous avons relevé trois exemples, concernant des médecins généralistes.

Le premier est celui du docteur R, conseiller municipal puis maire de Vayres après avoir été premier adjoint. Il est à l'origine de la création en 1977 de l'Association des médecins libéraux du Libournais. Cette association a été créée en partie pour organiser la réflexion des médecins généralistes sur la question de l'hospitalisation à domicile. Il ne faut pas oublier qu'à l'époque le ministre qui a en charge les questions de santé s'appelle Robert Boulin, député-maire de Libourne.

Par la suite, elle est devenue pour les médecins adhérents un lieu de rencontre et surtout un cadre local de mise en œuvre des actions de formation continue. Elle est aussi un réseau à l'intérieur duquel peuvent être évoquées, de façon informelle, les questions qui concernent la vie politique locale. Un de ses responsables le docteur A, conseiller municipal de Libourne depuis 1983, membre du RPR, et plus tard du RPF, a été candidat aux cantonales de 1992, après s'être mis en congé du RPR, avec pour directeur de campagne le docteur R. Dans l'entretien qu'il nous a accordé, ce dernier a démontré qu'il avait une position distanciée couplée à une connaissance réelle de la vie politique libournaise, et notamment des oppositions locales au sein du RPR pouvant constituer un frein à l'émergence de certains de ses confrères.

Cette association se distingue des syndicats professionnels par son objet et elle fonctionne

davantage comme un réseau à l'intérieur duquel des personnalités se rencontrent et peuvent être conduites à se concerter sur des questions qui ne concernent pas la vie de l'association.

Malgré sa réussite à la tête d'une entreprise de mobilisation sociale, le docteur R n'a pas entrepris une carrière politique locale. Il n'en avait pas le désir d'après ce qu'il nous a dit lors de l'entretien. L'exercice de son métier, les affaires communales, son action au sein de l'association l'occupaient déjà beaucoup. Cela ne doit pas nous conduire à penser qu'il n'avait pas une influence politique. Au contraire, dans la position qui était la sienne, il pouvait apparaître plus crédible aux yeux de ses confrères du fait de la compétence attestée et de la distance adoptée vis-à-vis de la vie politique locale.

Le cas de l'Association des professions libérales de santé du sud Gironde créée par le docteur P est un peu différent dans sa composition puisqu'un médecin a rassemblé ici plusieurs segments du secteur santé. Qu'un médecin généraliste dirige une entreprise de mobilisation sociale intégrant les acteurs du secteur libéral de la santé est peut-être assez proche d'un souci d'expression de l'unicité métonymique que nous avons discerné comme propriété principale du corps médical au début de la Cinquième république. Mais il n'y a pas que cela. Indexer son action sur la défense de l'activité libérale, c'est aussi relier l'action locale à une perspective nationale. Or le docteur P, outre ses différentes tentatives aux élections locales a participé aux travaux de la commission santé du RPR au côté du docteur M, maire de Royan. À plusieurs reprises, il a été l'adversaire du docteur V pour les élections municipales de 83, 89 et 95 à Langon et pour les élections cantonales de 1982 et 1988 sous l'étiquette RPR. Il quittera par la suite ce parti pour rejoindre le RPF de C. Pasqua.

Pour le docteur B au Bouscat (33), l'expérience est un peu similaire même si les parcours électifs sont totalement opposés puisque le docteur P a connu l'échec dans toutes ses tentatives électives alors que le docteur B est devenu maire du Bouscat, élu au premier tour en 2001, après avoir été premier adjoint de J. Valleix. Cela nous permet de comprendre qu'une réussite en élection découle d'une diversité de facteurs, emboîtés les uns dans les autres. Médecin généraliste au Bouscat, le docteur B crée, en 1981, Bouscat-Santé qui se présente comme une « association professionnelle regroupant tous les libéraux du secteur santé ».

La reconnaissance dans une entreprise de mobilisation sociale est significative dans la mesure où le médecin a l'initiative et assure la direction de cette mobilisation. Si son identité est plus connue du fait de sa participation, sa légitimation partielle repose sur la reconnaissance d'une compétence associée au fait qu'il a assuré avec réussite la direction de cette entreprise. Nous rejoignons ici l'idée de base suivant laquelle la légitimation d'un acteur résulte de la

compétence qui lui est reconnue même si cette légitimation n'est jamais que partielle. La compétence ainsi reconnue à l'agent est une capacité à participer à la créativité de l'agir social³⁴. Par exemple quand le docteur R a été un des initiateurs de l'Association des médecins du Libournais, il a fait émerger un acteur collectif qui a participé à la régulation de la conflictualité liée à la question de l'hospitalisation à domicile. En même temps, s'est jouée la construction sociale de ce qui a été perçu par les différents acteurs comme un enjeu. Ce type d'entreprise peut être conçu comme un réseau à l'intérieur duquel le médecin est connu, voire apprécié d'un plus grand nombre de personnes. Cette reconnaissance porte sur une identité personnelle à travers laquelle est légitimée une « capacité transformatrice » distincte de la compétence associée au rôle professionnel. Il s'agit de rôles et de formes de compétence différents. De plus, participer à l'action d'une association professionnelle en tant que membre actif ne confère pas la même identité qu'y participer en tant que créateur et leader. C'est un réseau³⁵ centré sur la personnalité du médecin jugée moins sur un état que sur une compétence. En même temps, comment peut-on supposer que cette légitimation se limite au réseau ainsi constitué ?

Cette position de leadership assumée par le médecin pourra conforter son éligibilité locale dans la mesure où il sera plus crédible vis à vis des acteurs intervenant dans la désignation des candidats aux élections locales.

La particularité du contexte hospitalier

Sur la base des résultats aux élections municipales, il a été constaté que dans les communes où se trouvaient un hôpital public, une clinique, ou les deux, beaucoup avaient été ou sont administrées par des médecins. Les exemples qui pourraient apparaître comme les plus parlant sont ceux d'Agen ou de Bazas³⁶.

Dans le tableau ci-dessous, figurent les noms des médecins maires des communes équipées de structures hospitalières. Il eut été possible de produire une étude plus approfondie prenant en compte les médecins conseillers municipaux et leur rôle dans les relations entre la ville et l'hôpital. Partant du constat qu'un nombre assez important de communes dotées de structures hospitalières avaient été ou sont encore gérées par des médecins, il convient de se demander s'il existe des relations entre l'élection d'un médecin au poste de maire et la présence d'un

³⁴ Référence au livre de Hans Joas, *La créativité de l'agir*.

³⁵ V. Lemieux, *Réseaux et appareils : Logique des systèmes et langage des graphes*, EDISEM, Québec, Maloine, 1993.

³⁶ Dans une ville comme Agen où le secteur thérapeutique (privé et public) est très important, on constate que depuis 1934, sur 9 maires, cinq étaient médecins : Labessant, Messines, Dizot de Montagu, Esquirol et Chollet.

hôpital ou d'un secteur médical important dans sa ville. La présence d'un hôpital dans une ville établit un contexte particulier par la complexité des réseaux qui se constituent autour de ce que les différents acteurs peuvent concevoir comme un enjeu. Pour la plupart des villes dotées d'un centre hospitalier général, ce dernier est souvent le plus gros employeur, il assure une couverture médicale pour une aire qui dépasse largement celle de la ville hôte. Les effets de sa présence ne sont pas seulement médicaux mais économiques et sociaux. L'hôpital est donc le point de convergence d'une perspective nationale, celle de la politique de santé, d'une perspective locale incarnée par les élus locaux et celle d'une perspective sectorielle incarnée par la profession médicale. Nous présenterons ici les deux dernières parce qu'elles peuvent être actualisées par des positions que les médecins élus locaux peuvent endosser. Nous avons relevé les villes d'Aquitaine dotées d'un hôpital public où le maire est aussi président du conseil d'administration de cette structure.

Derrière les appellations utilisées dans le tableau se trouvent des situations très variées. Un centre hospitalier général (CHG) n'a pas la même importance dans toutes les villes. Parfois l'hôpital local (HL) est une petite structure dépendant d'un CHG. L'hospitalisation privée présente des caractéristiques comparables. Elle est quelquefois très intégrée et équivalente à l'hospitalisation publique comme à Agen avec le groupe Harpin. Elle touche des secteurs plus ou moins spécialisés.

La position locale de la profession médicale ne découle pas exclusivement de la présence d'un centre hospitalier. Elle doit aussi être étudiée relativement à l'importance du secteur médical dans la ville et son environnement.

Le centre hospitalier spécialisé (CHS) est placé sous l'autorité du Président du Conseil général mais il a un impact sur la vie sociale communale.

Nom de la commune	Type d'hôpital	Noms des maires
-------------------	----------------	-----------------

En 2001, c'est le docteur Veyret qui est élu maire.

Agen	C. H G/Clin priv	Esquirol (71-81) Chollet (89-2001) Veyret (2001- ?)
Arcachon	Clin	Fleury(77-85)
Bazas	CHG	M. Martin (45-71) H.Martin (77-89) P. Marquette (89-2001))
Blaye	CHG	Grasilier(65-89)
Cambo les B	HL+Clin	Camino (60-65) Labeguerie(65 - ?)
Bayonne	CHG + clin	Delay, (47-58) H. Grenet (59-95) J. Grenet (95 - ?)
Dax	CHG + 2Clin	Dussarthou, Forte
Excideuil	HL	Bedin(89- ?)
Fumel	HL	Mauvezin
La Force	CHS	Rey-Lescure Reville(77-
Langon	CHG / clin	Vérité(89- ?)
La Réole	CHG	Astorgis(77-89) Castagnet(89-2001)
La Teste	CHG	Ichard (47-77) Espied (83-2001) Acot- Mirande(2001- ?)
Lesparre	Clin Mut	Prévot(77- ?)
Montpon	CHS	Lagoubie (45-71) Grenet(95- ?)
Mont-de-Marsan	CHG	Labeyrie(89- ?)
Nérac	CHG	Brunet(83- ?)
Oloron	CH + Clin	Ebrard(65-77)
Ribérac	HL	Cazeau(71-2001)
Sainte-Foy-la-Grande	CHG	Maumont(89-2001)
Saint-Sever	HL	Fournier(47-65) Fournier(71- ?)
Sarlat	CHG	Leclair (59- 77)
Tonneins	CHG	Ropars(65-77)

La position de maire, président du conseil d'administration de l'hôpital

L'hôpital est également définissable comme un espace positionnel complexe dans lequel se jouent des interactions mêlant les intérêts de groupes sociaux concurrents et complémentaires. Du point de vue institutionnel, quatre positions différentes sont identifiables : celle des intérêts locaux, incarnée par les élus et les usagers, celle de l'administration de la santé incarnée par le directeur de l'hôpital, celle de la perspective thérapeutique incarnée par les médecins, celle des salariés représentée par les syndicats.

En tant que président du conseil d'administration de l'établissement hospitalier, le maire occupe une position institutionnelle ambiguë parce qu'il doit se prévaloir d'un souci d'arbitrage entre les différentes perspectives portées par les acteurs alors qu'il est lui-même représentant d'une de ces positions.

Quand M. A. Juppé, Premier ministre a envisagé, le 15 novembre 1995, de retirer au maire, la présidence du conseil d'administration il a suscité une vague de protestations révélatrice de la complexité positionnelle que constitue l'hôpital dans la commune. Sa proposition appelait deux lectures. Elle pouvait exprimer le désir de contourner la puissance des maires par rapport aux projets de restructurations hospitalières. Elle pouvait signifier également un souci de les protéger de leur électorat car en supprimant leur position, on réduisait leur exposition face à l'enjeu électoral que constituaient ces restructurations.

Cette tentative a échoué et le dispositif institutionnel est maintenu en l'état : le maire reste président du conseil d'administration de l'hôpital de sa ville alors que le président du Conseil général assure la présidence de l'assemblée délibérante pour les établissements psychiatriques.

Il faut remarquer que la présentation qui est faite de cette position n'est pas toujours homogène. Ainsi lorsque J. Barrot admet que « le maire doit garder la vocation d'assurer cette présidence... », c'est pour préciser que « de par son élection, il a vocation à être un peu le fédérateur de l'intérêt de tous les assurés sociaux »³⁷. Or si l'on associe l'idée de représentation à celle de mandat, le maire est d'abord le représentant de ses administrés. D'ailleurs dans les différentes positions exprimées par les élus sur cette question la défense des intérêts locaux est un argument souvent invoqué.

³⁷ *Communes*, avril 1996, n°347.

Dans un registre différent, la position du maire est défendue parce que « ...seul un élu local est en mesure d'arbitrer entre les différents intérêts et pouvoirs en jeu » (Déclaration APVF du 15 mars 1996)³⁸.

La confirmation de cette position institutionnelle du maire dans le conseil d'administration de l'hôpital ne doit pas dissimuler que les élus ne vivent pas de la même façon l'exercice de cette responsabilité.

Pour R. Poujade, maire de Dijon, « l'hôpital dont la dénomination officielle est établissement public de santé est un service public important et vital pour la santé des populations et l'exercice de la présidence par le maire donne à celui-ci une place et une importance privilégiés » qui « constituent par rapport à l'Etat un équilibre devant la dérive technocratique et par trop centralisatrice dans le domaine sanitaire ». D'autres jugent que le maire doit rester président du conseil d'administration de l'hôpital « car il a une liberté d'action par rapport au pouvoir politique, technique et au corps médical » qui peut lui conférer « un rôle de médiateur entre les différents acteurs du monde hospitalier, directeurs, médecins, infirmières et malades qui sont souvent aussi des citoyens de la commune... »³⁹

C'est aussi la position de C. Evin⁴⁰ qui voit dans les élus des « facilitateurs de compromis entre les revendications contradictoires » et considère que la présidence du conseil d'administration de l'hôpital par le maire « est la meilleure solution si l'on examine la question sérieusement... la présidence de l'hôpital ne peut revenir à un représentant des caisses de sécurité sociale qui serait juge et partie. Si elle est confiée à un membre du corps médical, les services vivront dans un climat de campagne électorale permanente... »

De plus, le maire est un élu et « si l'hôpital doit être soumis au contrôle de gestion du peuple », c'est, pour le docteur G. Poirieux, maire de Montbrison (Loire), « afin d'éviter la dictature des fonctionnaires qui a tendance à concentrer tous les services dans les grandes villes... Confier la santé aux seuls experts ? Cela reviendrait à l'extraire de la démocratie, et l'hôpital n'y gagnerait pas en efficacité, car moins on est responsable devant le peuple, plus on gaspille »⁴¹.

Certains élus considèrent au contraire que les prérogatives dévolues au maire ne lui confèrent pas un pouvoir réel.

Pour Martine Buron, maire de Châteaubriant (Mayenne), l'ambiguïté de la position du maire par rapport à l'hôpital local réside dans l'écart entre son exposition et la compétence fragile

³⁸ *ibidem.*

³⁹ M. Baudier, Maire de Vouziers, *Départements et communes*, octobre 1994.

⁴⁰ *Communes*, janvier 1996, n°344.

⁴¹ *Départements et communes*, octobre 1994.

qui lui est associée : « nous portons une lourde responsabilité auprès de la population alors qu'en matière hospitalière nous ne décidons pas réellement du budget, et nous sommes confrontés au pouvoir médical et à celui d'un directeur placé sous la tutelle du ministère. »
 « Cela fait partie de notre rôle d'être exposés aux interpellations de la population ; nous avons un moyen d'agir pour une meilleure présence de l'hôpital dans la cité, une meilleure coordination du secteur public avec le privé et la médecine de ville. Et nous sommes informés de façon à alerter la population des difficultés du service public. »⁴²

Marcel Lucotte, sénateur-maire d'Autun, préfère, quant à lui, souligner le caractère illusoire du pouvoir de décision accordé au maire en la matière, « car il n'a aucun pouvoir pour définir le budget de l'hôpital, désigner le personnel, tant administratif que médical... de plus, il peut être considéré comme responsable de ce qui ne va pas, alors qu'il ne dispose pas des moyens d'exercer sa responsabilité »⁴³.

Il nous paraît opportun de souligner un point qui permet d'affiner la présentation que nous pouvons faire de la position du maire par rapport au contexte hospitalier. Relativement à la durée sur laquelle s'étend notre étude, il convient de distinguer deux tendances pour caractériser le croisement des perspectives locale (incarnée par le maire), et nationale (le directeur de l'hôpital) de la politique de santé. La première est fondée sur un impératif de développement des équipements hospitaliers dans une phase de croissance économique, la seconde repose sur une réduction du coût des politiques publiques de santé résultant d'un choix de nature politique en faveur d'une diminution des prélèvements obligatoires. Au cours de la première phase, il est plutôt question d'un croisement harmonieux des perspectives en raison de la convergence des intérêts locaux et nationaux, dans la seconde il s'agit plutôt d'un croisement conflictuel puisque ces intérêts s'opposent. Les discours des maires soulignant la faiblesse de leur position ont aussi pour objectif de relativiser leur influence sur les restructurations hospitalières réalisées. En présentant une forme de déresponsabilisation, ils protègent leur identité électorale. Nous ne devons pas oublier que dans la première phase, l'action de certains maires est souvent apparue comme déterminante pour le développement des structures hospitalières dans leur ville. Mais la réussite de leur action découle plutôt de leur insertion dans le dispositif politique et administratif national que de leur position d' élu local. Ainsi le professeur Chatellet a souligné l'action déterminante de M. Chaban-Delmas

⁴² *Départements et communes*, octobre 1994.

⁴³ *Départements et communes*, octobre 1994.

pour le développement du centre hospitalier régional à l'époque où il était Premier ministre⁴⁴. Il ne fait aucun doute que le développement du complexe hospitalier libournais est le fruit des interventions de M. Robert Boulin, ministre des Affaires sociales. En nous référant à une période plus ancienne, nous pouvons citer l'exemple du docteur M à Bazas, qui, après la deuxième guerre mondiale a pu s'appuyer sur les réseaux issus de la Résistance pour développer l'hôpital de sa ville. Nous devons donc retenir deux éléments importants pour comprendre la position de l'élu par rapport à l'enjeu hospitalier : d'une part, il est contraint d'inscrire ses représentations dans les différents niveaux de construction intersubjective (local / national) qui produisent des repères de légitimation ; d'autre part, il ne peut réussir dans la compétence de sa position que s'il s'appuie sur les réseaux auxquels cette position lui donne accès.

Les opérations de restructuration hospitalière qui ont visé prioritairement les installations des petites villes, au cours des années 90, ont mis en difficulté la position des élus parce que la prévalence de la norme gestionnaire a renforcé la position de ceux qui pouvaient l'incarner le plus directement, les directeurs d'hôpitaux. Ce qui, d'une certaine façon, a accentué le caractère délicat du rôle assumé par ces derniers puisqu'ils sont à la fois nommés par le ministère de la santé et acceptés ou refusés par le conseil d'administration de l'hôpital.

Il n'est pas inutile de s'interroger à présent sur la position de la profession médicale.

La position de la profession médicale dans l'hôpital local comme condition d'émergence de la personnalité des médecins

La représentation de la profession médicale est consacrée sur le plan institutionnel par la commission médicale d'établissement (ancienne commission médicale consultative dans l'acte juridique du 21 décembre 1941) issue de la loi 87-575 du 24 juillet 1987. C'est « la seule commission représentant une catégorie du personnel de l'hôpital qui est présidée par un de ses membres »⁴⁵. D'après ce texte, la CME dispose d'une compétence délibérative en matière de choix médicaux. Son avis est important pour le recrutement des médecins par l'hôpital. Il convient de distinguer les médecins hospitaliers à temps plein et ceux qui exercent à temps partiel. Les premiers, en raison des modalités de leur nomination, bénéficient d'une position d'indépendance par rapport aux autres acteurs de l'hôpital. Très brièvement, il faut se

⁴⁴ C. Arnal, *L'hôpital public dans le système politique local : enjeux politique locaux et contraintes hospitalières. Le cas girondin*, mémoire pour le DEA de science politique, G.L.A.L, IEP de Bordeaux, septembre 1993.

souvenir qu'avant la loi de 1958, la nomination d'un médecin en hôpital relevait d'instances locales : communautés religieuses, commissions administratives, approbation de la commission préfectorale.

Depuis la loi de 1958, l'introduction du temps plein hospitalier a confié à l'échelon central la gestion des carrières des médecins hospitaliers ; les praticiens hospitaliers exerçant à temps partiel sont, bien que recrutés sur concours national, nommés par le préfet et non par le ministre comme dans le cas du temps plein.

Cette procédure permet de protéger la position des médecins hospitaliers au plan local tout en permettant une gestion de carrière plus détachée des appartenances locales. On peut d'ailleurs remarquer que si le législateur avait, dans une première version de la loi, établi une distinction entre le régime de nomination des chefs de département et celui des chefs de service, il est revenu sur ces dispositions d'une part, en uniformisant les modalités de désignation pour les deux fonctions, d'autre part, en accompagnant la décision de nomination du ministre de la santé du seul avis de la commission médicale d'établissement qui siège en formation restreinte aux praticiens titulaires du conseil d'administration.

Au sein de la profession médicale exerçant dans un hôpital rural, l'indépendance statutaire liée au mode de désignation confère aux médecins des positions variables. Ainsi la nomination des médecins à temps partiel se fait après avis du conseil d'administration de l'hôpital. C'est le cas d'un médecin généraliste exerçant un service en milieu hospitalier.

La position de président de la commission médicale d'établissement apparaît comme un élément clef du dispositif. Comme le soulignait un médecin l'ayant occupée, « le rôle essentiel d'un président de CME c'est d'assurer, d'une part, une certaine paix sociale dans le monde médical, et d'autre part, des rapports de qualité avec l'administration. Il s'agit de défendre les points de vue du corps médical vis à vis de l'administration et d'être l'interlocuteur de l'administration auprès du corps médical »⁴⁶. Cette présentation fait du titulaire de cette position un acteur doté d'une capacité de médiation et de modulation, qualités qui lui sont reconnues par ses pairs. D'autant que « les avis de la CME sont, en général, suivis par le Conseil d'administration si ce n'est par le directeur : Le CA tient à suivre les avis de la CME car il serait mal venu d'aller contre la volonté du corps médical, eu égard à son influence et ce pourrait être dangereux pour l'équilibre des votes au sein du CA

⁴⁵ C. Contardo, *L'exercice du pouvoir décisionnel en matière de politique hospitalière locale. Le cas d'une organisation hospitalière, le C.H.G de Sainte-Foy-La-Grande*, mémoire pour le DEA de science politique, G.L.A.L., IEP de Bordeaux, 1992.

⁴⁶ C. Contardo, *op. cit.*, p. 28.

où le corps médical dispose du cinquième des votants ». ⁴⁷ Cette conception ne doit pas masquer le fait que, quelquefois, le pouvoir détenu par des médecins peut aussi être utilisé pour la préservation de leurs intérêts privés.

Ainsi, le président de la CME peut agir pour bloquer la création d'un poste de médecin au sein de l'hôpital. Il est possible que, profitant de sa position à la tête de la CME, un chirurgien intervienne pour empêcher le recrutement d'un autre chirurgien au sein de l'hôpital ⁴⁸. Il fait en sorte que la CME décide en ce sens, et doit convaincre les autres partenaires du conseil d'administration pour qu'ils aillent dans le sens de la décision de la CME. Dans l'exemple que nous avons évoqué, le chirurgien, fils d'un chirurgien ayant exercé dans le même hôpital, employait dans sa clinique des médecins exerçant à l'hôpital eux-mêmes membres de la CME.

Depuis la loi de 1987, la CME a un pouvoir délibératif en matière de choix médicaux « dans le respect des pouvoirs du CA et du directeur et sous réserve des engagements budgétaires » ⁴⁹. Elle est entièrement composée des personnels qu'elle représente et a la maîtrise de l'élaboration de son règlement intérieur.

Il ne faut pas négliger le fait que d'autres médecins peuvent appartenir au conseil d'administration de l'hôpital en dehors de ceux qui y exercent leur art. Un médecin représentant le Conseil de l'Ordre et les syndicats représentatifs de la profession est nommé par le Préfet. Le maire, le conseiller municipal désigné pour siéger au conseil d'administration, et le conseiller général représentant le Président du Conseil général peuvent aussi être médecins. La présence de la profession médicale ne se limite pas, dans les situations que nous avons présentées dans le tableau, à la seule commission médicale d'établissement. Il convient de ne pas négliger ce point à un moment où l'hôpital public devient un des principaux acteurs de la politique d'hospitalisation à domicile, associant à son action des médecins libéraux et les professions appartenant aux autres segments de l'institution thérapeutique.

La concentration de la présence médicale dans les villes dotées de structures hospitalières permet d'affirmer la position des médecins au croisement de deux réseaux de pouvoir : le politique et le professionnel. Ils peuvent s'assurer d'une plus grande maîtrise de l'action collective en raison du cumul de positions qu'ils réalisent. Cela favorise des processus de solidarité professionnelle autant que des logiques de concurrence ou de rivalité.

⁴⁷ *ibidem*.

⁴⁸ C. Choron, *Les pouvoirs dans un hôpital de moyenne importance*, mémoire pour le DEA de science politique, G.L.A.L., IEP CERVL, 1978.

⁴⁹ J-M. Clément, *Les pouvoirs à l'hôpital*, Paris, Berger-Levrault, 1995, p. 60.

Pendant la période de croissance de l'offre hospitalière, la contribution de l'appartenance du médecin à un hôpital local s'analyse de façon un peu différente.

L'activité d'un médecin en milieu hospitalier lui donne accès à plusieurs espaces de reconnaissance. Par rapport à sa clientèle habituelle il tire un surplus d'autorité. Mais il peut aussi être reconnu de ceux qui travaillent à l'hôpital.

Il peut comme le docteur Brunet⁵⁰, médecin généraliste et médecin-chef à l'hôpital de Nérac en 1973, proposer un plan de rénovation de l'hôpital et travailler ainsi avec le maire de la commune, bref se faire connaître et reconnaître. Il sera conseiller municipal à partir de 1977 et fondera un mouvement politique local, le Rassemblement pour l'Avenir du Néracais (RAN).

Même si la ville de Libourne n'a pas été dirigée par un médecin pendant la cinquième république, il est remarquable que son conseil municipal comptait dans ses rangs une proportion importante de médecins exerçant à l'hôpital. Pour la seule ville de Libourne le constat suivant a pu être effectué en 1974 et 1977.

En 1977, le professeur B (chirurgie générale à l'hôpital), le docteur B (médecine gériatrique), le docteur D (ophtalmologie à l'hôpital), le professeur S (pédiatrie) sont conseillers municipaux. À noter que le docteur C a un service de chirurgie générale à l'hôpital tout en dirigeant la clinique du Libournais. Le docteur L (gynécologie, maternité), est maire de Lalande de Pomerol.

À Sainte-Foy-La-Grande, les docteurs C, J, et M ont un service à l'hôpital, les deux premiers sont conseillers municipaux, le maire est le directeur de l'hôpital. La situation est identique en 1977.

De même le docteur M, assurant un service de médecine générale à l'hôpital de Sainte-Foy-La-Grande, pourra se faire connaître du maire de la commune P. Lart, lui-même cadre hospitalier, et prendre sa succession quelques années plus tard à la tête de la mairie en obtenant le meilleur score de tous les candidats.

Dans certaines villes, la compétition électorale semble reproduire les affrontements de personnalité internes à l'hôpital.

Pour les élections municipales de 1989 à Langon, le docteur V est associé au chirurgien P. sur la liste du PS alors que sur la liste d'opposition le docteur P fait équipe avec le docteur F, médecin-chef au même hôpital.

À La Teste, pour les élections municipales de 1983, le docteur F, médecin chef à l'hôpital Jean Hameau, constitue une troisième liste, concurrente de celle sur laquelle se trouve le

docteur E, lui aussi chirurgien à l'hôpital et qui deviendra maire de cette commune en 1989. Pour les élections municipales de 2001 dans cette commune, l'appartenance des deux têtes de liste au même milieu professionnel est plus directement intervenue au cours de la campagne électorale comme en témoigne l'échange suivant :

Au cours d'un débat entre les deux candidats médecins, le premier reproche au second de n'assurer qu'un service « fictif » à l'hôpital : « On ne peut pas faire deux choses à la fois. Vous avez le meilleur service à l'hôpital, mais, par contre, actuellement, quand on a des mandats électifs comme les vôtres, on ne peut pas tout faire. Faire une intervention chirurgicale dans l'année 2000, deux en 1999, et sept en 1998, c'est pas du travail. Si tout le monde avait travaillé comme vous à l'hôpital depuis 5 ans, l'hôpital serait fermé depuis longtemps. »⁵¹

Il faut se souvenir que lorsque le service des urgences de l'hôpital Jean Hameau a été menacé, le docteur A-M « s'est manifesté » au sein du collectif de défense de l'hôpital⁵².

La question hospitalière peut aussi apparaître lors d'une campagne pour les élections cantonales comme en témoigne la déclaration du docteur Mary, médecin-chef à l'hôpital de Bergerac, conseiller général sortant de Bergerac II en 1979⁵³ : « ...Je suis en effet administrateur de l'hôpital en tant que représentant des médecins, élu par eux. Et si les conseils d'administration passés ou actuels avaient davantage tenu compte des propositions des médecins administrateurs, nous n'aurions pas à déplorer le retard actuel de l'équipement de l'établissement. Quand on a construit la maison de retraite et les deux services neufs de médecine, le maire actuel n'était pas au conseil d'administration. »

À Sainte-Foy-la-Grande, comme à La Réole, la question s'est posée avec beaucoup d'acuité mais la position des médecins était différente puisqu'ils étaient les maires des communes intéressées.

L'exercice en milieu hospitalier ne confère pas une garantie d'éligibilité. La personnalité du médecin est là aussi soumise au contexte de l'élection. Le cas du Professeur P est sur ce point assez illustratif. Premier adjoint au maire, à Langon (33), il est candidat par deux fois au Conseil général et se retrouve battu lors de ces deux tentatives par le communiste P. Augey. Ces échecs posent la question des espaces de reconnaissance et de l'objet de la reconnaissance. Le canton de Langon a toujours été détenu par un socialiste langonais depuis le début de la Cinquième république : le docteur L (père), le docteur Jean-Louis L (son fils),

⁵⁰ *Sud Ouest*, 47, 16 mars 1982.

⁵¹ *Sud Ouest*, 33, 16 mars 2001.

⁵² *Sud Ouest*, 33, 20 mars 2001.

⁵³ *Sud Ouest*, 24, 22 mars 1979.

puis le docteur V. Le docteur L se présentait comme un « socialiste indépendant », le docteur Vérité avait en commun avec lui une capacité d'incarnation de l'espace local : de la ruralité dans une enveloppe urbaine teintée de « radicalisme ».

Dans la ville de Dax, première ville française pour le thermalisme, le maire J. Forte, biologiste de formation, est administrateur d'une association créée en 1975, Santé-service-Dax, chargée d'organiser l'hospitalisation à domicile. La coordination avec l'hôpital est assurée par un médecin à mi-temps⁵⁴.

À Bayonne, le docteur H. Grenet crée sa propre clinique, son fils le docteur J. Grenet lui succèdera à la tête de la clinique puis deviendra maire de Bayonne.

Le docteur C, maire de Talence, en 83, réélu en 89 était généraliste en cabinet et anesthésiste en hôpital.

Comme nous l'avons indiqué en introduction, notre intérêt s'est porté sur cette proportion, très majoritaire, de médecins n'exerçant qu'un mandat local, conseiller municipal, maire, et qui n'avait pas fait acte de candidature dans d'autres élections locales. Or l'étude de leur cas, en nous permettant de déceler une dimension de l'éligibilité des médecins, nous instruit sur plusieurs points. D'une part, elle nous dit que le rôle professionnel induit la constitution d'espaces de reconnaissance et qu'il permet la mise en valeur de la personnalité du médecin dans le cadre de la vie locale. D'autre part, cette dimension demeure présente dans l'éligibilité de tous les médecins même lorsque leur élection (au sens de résultat) repose sur un emboîtement complexe des espaces de reconnaissance. C'est ce qui se produit quand un médecin évoque parmi ses registres d'argumentation son identification au milieu local, la nature de sa présence sociale, bref sur ce qu'E. Morin⁵⁵ appelait, il y a plus de trente ans, la proximité, et qui est aussi devenu, aujourd'hui, un poncif de la propagande politique et des commentaires dont elle peut faire l'objet. Toutefois, il faut souligner que dans certains contextes cette relation à l'espace et à l'affect de ceux qui l'habitent n'est pas déterminante. Lorsqu'un chirurgien ou un professeur de médecine accepte de figurer sur une liste municipale, il n'est pas nécessairement dans une relation de proximité avec ses électeurs. Il faut donc s'efforcer d'éclairer la trajectoire qui conduit à la candidature autant que le contexte dans lequel elle se produit.

Enfin, la complexification de l'espace de reconnaissance centré sur la personnalité des médecins nous rappelle que l'identité électorale se construit socialement en passant par

⁵⁴ *Maires de France*, juin 2000.

⁵⁵ E. Morin, *Commune en France. La métamorphose de Plodémet*, Paris, Fayard, 1975.

différentes phases de reconnaissance de la compétence qu'ils peuvent manifester à travers une succession de cadres d'expérience.

Néanmoins la lecture de l'identité électorale proposée dans cette section n'est pas suffisante pour fournir une analyse exhaustive de la population des médecins élus locaux. Il faut à présent élucider les relations entre les dimensions individualisée et partisane de cette identité.

2 L'IDENTITÉ ÉLECTORALE DES MÉDECINS ENTRE APPARTENANCE PARTISANE ET AFFIRMATION DE L'INDIVIDUALITÉ

La lecture développée dans la première partie de ce chapitre repose sur l'hypothèse qu'il faut s'interroger sur la majeure partie des médecins élus locaux et non se limiter à l'étude des médecins ayant connu une trajectoire électorale complexe comme peut nous inviter à le faire une approche à connotation notabiliaire. Ce faisant nous avons tenté de montrer que les traits de l'éligibilité que nous discernons dans cette population sont à la base de ce qui se produit dans une trajectoire électorale plus complexe. L'identité du médecin, qu'il soit conseiller municipal d'une commune de moins de 1000 habitants, où qu'il vise une ville de plus de 100 000 habitants est toujours empreinte de l'idée que l'espace électif visé coïncide, au moins partiellement, avec un espace de reconnaissance de la personnalité du médecin. Cette reconnaissance est le constat, effectué par les électeurs, du lien d'appartenance d'un médecin à son territoire d'élection. Ceci est aussi exprimé par l'usage que certains médecins peuvent faire de cette relation avec un espace local qu'ils peuvent singulariser. De façon un peu anecdotique, on se souvient de M. Douste-Blazy rappelant à l'occasion de la campagne électorale de 2001 qu'il avait fait ses études de médecine à Toulouse, alors qu'il a été le maire de Lourdes en occupant plusieurs mandats locaux et nationaux. Cette dimension de l'éligibilité constitue un socle sur lequel viennent s'emboîter d'autres espaces de reconnaissance.

Cependant, cette lecture indispensable n'est pas suffisante pour comprendre les itinéraires électifs complexes suivis par les médecins. Le cadre de notre réflexion incorpore des médecins élus dans des unités urbaines de tailles variées, là où les partis politiques ont une influence sur l'élaboration des listes. Elle intègre aussi le mandat de conseiller général et incidemment celui de conseiller régional. De plus, on ne peut pas négliger le fait que la détention d'un ou plusieurs mandats locaux ait été, et constitue encore, le point de départ d'un

itinéraire électif conduisant à l'obtention d'un mandat de député, de sénateur ou de député européen. Pour réaliser ces différents parcours, les médecins doivent s'exposer aux différents espaces de reconnaissance qui structurent la vie d'une démocratie représentative. C'est dans cette perspective que se constitue la complexité des espaces de reconnaissance. Nous avons mis l'accent sur les différents espaces de reconnaissance qui peuvent se constituer autour de la personnalité des médecins à partir des potentialités offertes par les actualisations de ce rôle professionnel. Nous travaillons à présent sur une hypothèse sensiblement différente. En effet, l'identité partisane confère à l'identité électorale une composante collective qui induit une relativisation de sa dimension personnelle. La première question est donc de savoir quels sont les rapports qui peuvent se nouer entre ces deux composantes de l'identité électorale. Préalablement, il faut peut-être expliciter les cadres dans lesquels peuvent se tisser ces relations. Cela conduit à préciser les éléments à partir desquels se construisent les opérations de reconnaissance réalisées par les agents appartenant aux différents espaces.

Le premier point concerne l'importance relative du facteur personnel et du facteur partisan dans les élections locales. Deux lectures demeurent possibles quelles que soient les variations temporelles et spatiales. Soit nous insistons sur le fait que les électeurs votent prioritairement en faveur de la personnalité des candidats en situant notre analyse dans une certaine période de l'histoire électorale française. On a pu soutenir, par exemple, que 63 % des électeurs « tenaient toujours compte au premier chef des *qualités personnelles des candidats* »⁵⁶. Cette lecture semble pertinente pour les élections municipales dans les petites communes pour une période qui va jusqu'à aujourd'hui et à certaines élections cantonales notamment celles qui se situent avant la bipolarisation du milieu des années soixante-dix. Dans les grandes villes, les appareils partisans jouent un plus grand rôle dans la sélection des candidatures même si avant les élections municipales de 1977, 38 % des électeurs se déterminent toujours en fonction de la personnalité des candidats dans les villes de plus de 30000 habitants⁵⁷. L'atomisation de l'offre électorale constatée aux différentes élections de 2001 et 2002 va peut être dans le sens d'une accentuation du facteur personnel.

La deuxième lecture possible conduit à privilégier l'influence de l'appartenance partisane dans la constitution de l'identité électorale des candidats. Cela suppose la prise en compte de plusieurs facteurs. En premier lieu, il faut suivre l'évolution de la configuration partisane nationale sur un temps long pour saisir les différentes inflexions qu'elle peut connaître. Au début de la cinquième république, la vie politique locale reste marquée par l'influence des

⁵⁶ A. Mabileau, *Les élections locales...* art. cité, p. 41-5.

⁵⁷ A. Mabileau, *ibidem.*

partis et des alliances en vigueur sous la quatrième république et la progression lente du mouvement gaulliste. Le positionnement local des partis reprend les clivages nationaux que ce soit sur la question de l'indépendance algérienne ou plus tard sur celle de l'amnistie. À partir du début des années soixante-dix, la structuration de la vie politique sur un axe bipolaire et la progression du parti socialiste, ont un effet sur la « politisation » des élections locales. C'est sur la base de cette réalité que le débat sur l'apolitisme local retrouvera toute son actualité.

Il constitue aussi la troisième lecture que l'on peut faire de la vie politique locale. Lecture indispensable parce qu'elle conditionne la représentation que l'on a de l'identité électorale. Le thème de l'apolitisme local est sans doute un de ceux auxquels on peut appliquer le plus aisément le terme de lecture. Il interpelle le chercheur dans une perspective de réflexivité catégoriale lorsqu'il se trouve confronté aux questions que posent les divers usages de cette notion. Il faut ainsi retrouver les différentes significations portées par le registre de l'apolitisme quand il est adopté par des candidats aux élections locales.

La référence à l'idéologie de l'apolitisme local⁵⁸, conduit à se situer dans l'univers des significations construites par les acteurs à propos de la mise en forme de la conflictualité politique.

Les termes du débat entre la conflictualité partisane et le consensus communautaire⁵⁹, portent, à notre avis sur trois questions essentielles et distinctes : Comment se réalise la sélection des candidatures pour les élections locales ? Quelle est la nature de l' « agir public local » ? Comment peut-on le qualifier ?

Pour répondre à la première question, il est difficile de nier que les forces partisans n'ont pas une influence significative sur la désignation des candidats aux élections locales. Cependant, les formes d'expression de cette influence varient et c'est la diversité de ces expressions qu'il faut saisir. De ce point de vue, les élections locales sont toujours des élections politiques. Les engagements des médecins s'effectueront parfois de façon tacite comme le seront les soutiens qu'ils recevront. À un moment particulier de leurs trajectoires, ils choisiront, au contraire, un engagement explicite suivant la spécificité du contexte de leur candidature.

Maintenant en observant l'action des collectivités locales sous l'angle budgétaire, il n'est pas absurde de constater que pour une majorité de postes les budgets locaux sont votés automatiquement, les variations résultant de choix politiques étant peu importantes en volume. En ce sens on peut avancer qu'une « théorie de l'apolitisme local est à la base de

⁵⁸ A. Mabileau, *Les élections locales*, art. cité, p. 41-8.

⁵⁹ M. Kesselman, *Le consensus ambigu*, dans A. Mabileau, art. cité, p. 41-8.

l'administration locale française »⁶⁰. Il peut exister, dans certains contextes, des possibilités de distanciation de la norme gestionnaire et administrative, mais elles s'estompent avec le temps. Très vite, les contraintes de gestion réapparaissent. La réforme de la décentralisation sur ce point là n'a rien changé, les volumes financiers consacrés aux actions pouvant indiquer une différenciation politique sont peu importants. Sur ce terrain, il n'est pas très pertinent de parler de politisation. Ce constat permet de mieux comprendre le développement des politiques de communication par les élus locaux qui peuvent ainsi focaliser l'attention des électeurs sur certains points, en suggérant qu'ils sont représentatifs de choix déterminants. C'est ainsi que dans la compétition électorale, lorsque les candidats font état de leurs projets, ils proposent des conceptions de la compétence qu'ils comptent mettre en œuvre relativement à une représentation différenciatrice de l'agir public local. L'ambiguïté catégoriale que nous avons soulevée n'est pas sans conséquence sur l'idée que les électeurs peuvent avoir à propos des élections locales. Elle induit peut être un conflit de signification chez les électeurs. En effet, comment peut-on croire à la différenciation des acteurs que nous propose la constellation partisane si la compétence qu'ils vont développer est peu sensible à la différenciation ?

La question de l'apolitisme local nous renvoie donc à un des axes fondamentaux de notre réflexion, la décomposition de l'identité électorale en deux éléments : un jugement sur l'état des personnes et une appréciation sur leur compétence à intervenir dans l'agir public local. Il ne faut pas ignorer que l'état d'une personne est parfois une présentation euphémisée de sa compétence.

Ceci étant précisé, la présentation des médecins dans les élections locales sous des étiquettes partisans suppose qu'ils acceptent la production de sens réalisée par les partis politiques qu'ils représentent. Il faut donc prendre en considération ce que chaque force politique peut incarner au cours des différentes périodes de son histoire. L'incarnation du mouvement gaulliste autour des années soixante se fait sur la personnalité du Général de Gaulle, alors que celle du PCF privilégie la posture idéologique. Or le degré de rigidité du cadre de signification produit par un parti politique, que ce soit en termes de précision des lignes d'interprétation ou de fidélité à celles-ci, conditionne le degré d'autonomie de ceux qui adhèrent à un parti. Se présenter à une élection locale sous une étiquette partisane, c'est aussi incarner un certain rapport à la production de sens réalisée par la formation que l'on représente. Il ne faut pas oublier ce point de vue lorsqu'on étudie la reconnaissance réciproque des médecins et des partis politiques.

⁶⁰ M. Kesselman, *idem*.

C'est pourquoi les rapports entre l'identité individuée des médecins et leur identification partisane peuvent être compris comme une construction dialogique. D'un côté, il y a des forces politiques qui ont intérêt à faire élire un grand nombre de candidats et qui, dans cette perspective, peuvent juger que des médecins ont un potentiel d'éligibilité important. Elles se différencient par leur organisation, leur composition sociale et par la production de sens qu'elles peuvent réaliser que ce soit en termes de conceptions du monde ou de valeurs éthiques.

D'un autre côté, il y a des médecins qui savent ce qu'ils sont relativement à l'espace où ils vivent, le « sense of one's self » et qui, conjointement, n'ignorent pas qu'ils ne peuvent se passer de l'identité partisane pour suivre une trajectoire électorale complexe. Pour chaque médecin l'appui sur une étiquette partisane renvoie à l'insertion de sa personnalité dans une entité collective. L'appartenance partisane des médecins met en question le rapport entre l'individuel et le collectif pour une profession qui routinise fortement l'importance de la responsabilité individuelle.

La référence à une construction dialogique se justifie par l'hypothèse suivant laquelle l'identité électorale des médecins repose toujours sur les rapports ambigus entre l'expression de la personnalité et l'incarnation d'une identité collective qui est sous-tendue par l'identification partisane.

2.1 La reconnaissance des médecins par les structures partisans

Lorsque les forces politiques accueillent des médecins en leur sein, elles le font à partir de leur identité. Un parti politique se définit partiellement comme une communauté organisée d'acteurs construisant sa légitimité sur une production de sens qu'elle soumet à l'ensemble de la société. Par production signifiante, nous désignons l'ensemble des lectures de cette identité proposées à la compétence des agents. C'est à la fois ce que cette formation politique peut présenter comme étant ses valeurs et ses conceptions mais c'est aussi ce qu'elle incarne, de façon plus ou moins confuse, à certains moments de son histoire. Cette identité n'est pas une donnée immuable, elle évolue en fonction des contextes nationaux et locaux. Il est difficile d'observer la distribution des médecins dans les structures partisans sans prendre en compte cette dimension.

La reconnaissance des médecins par les structures partisans soulève plusieurs questions. Quelles sont les modalités de cette reconnaissance ? S'agit-il d'un accueil en tant que

militant ? Chaque parti reconnaît-il une place particulière à la profession médicale ? Est-ce un soutien électoral implicite ou explicite ? Les formes de ce soutien varient-elles au cours de la trajectoire électorale du médecin ?

La distribution des médecins dans les structures partisans peut être appréciée au vu des interactions entre deux contextes : le contexte national et le contexte local.

Se référer à l'univers partisan implique d'en saisir les variations à travers le temps. Entre 1959 et 1989, la constellation partisane a fortement évolué touchant en cela la visibilité de l'influence des structures partisans dans la constitution de l'éligibilité locale. Au début de la Vème république, l'émergence du mouvement gaulliste dans le champ électif n'a d'effet que sur la composition de l'Assemblée nationale. Sa traduction locale n'est perceptible que vers la fin des années soixante et elle reste relativement faible. La vie politique nationale se structure tout au long de cette période entre les deux pôles antagonistes que sont le PCF et ce mouvement. Les changements qui ont marqué la vie politique locale ont été plus lents, de sorte que les élus hostiles à ces deux bornes de l'espace partisan, et à l'idée même de dichotomie partisane, sont longtemps restés majoritaires. Par exemple, en 1964, apparaît une alliance électorale, le Front Démocratique, dont le seul objectif est de favoriser les candidats hostiles pour différentes raisons au gaullisme et au PCF. Les candidatures successives du docteur Grenet à Bayonne ont été marquées par une volonté d'opposition au courant gaulliste, élément qui caractérise encore aujourd'hui la concurrence politique dans les Pyrénées-Atlantiques (Basses-Pyrénées en début de période). Au cours des années soixante, le champ politique local est le lieu d'une articulation lente de la structuration partisane de la Quatrième république à celle de la Cinquième. Mais la structuration manifeste de la configuration partisane ne doit pas faire oublier l'existence des significations construites à propos de la réalité historique. Ainsi le conflit algérien fera naître des oppositions au sein de la droite française comme dans une partie du courant radical. Ces oppositions seront réactivées sur la question de l'amnistie quelques années plus tard. On retrouvera à plusieurs reprises la question de la laïcité comme facteur structurant la vie politique locale, thématique voisine de celle qui fait référence à une « tradition radicale ».

La deuxième tendance est celle de la bipolarisation croissante qui prend forme avec la rénovation du Parti socialiste en 1971 et la constitution de l'identité électorale de la gauche. La conséquence est la redistribution des acteurs revendiquant une identité radicale et modérée à l'intérieur des deux entités nouvelles.

Pendant la période de bipolarisation intense le clivage entre les forces politiques est plus net et l'identité de ceux qui se présentent aux élections est plus tranchée. En 1982, les formations

politiques présentent 6277 des 7481 candidats aux élections cantonales (84 % contre 81 % en 79 et 67 % en 1973) de sorte que « les candidats sans étiquette font désormais figure d'exception »⁶¹. Ils représentent 16 % des candidats et 21 % des élus. Il semble que la décision électorale ait elle-même été fortement imprégnée de cette évolution puisque « près de la moitié des électeurs (49 %) déclare se déterminer surtout en fonction de l'appartenance politique des candidats ; pour les mêmes cantons les chiffres étaient de 38 % en 76 et 47 % en 79 », ce qui peut laisser penser que « le mythe d'élections locales administratives aux enjeux limités appartient désormais au passé. »⁶²

La troisième tendance est l'émergence du PS comme premier parti de la gauche française à partir du début des années 80 jusqu'à la fin des années 90. Parti d'opposition au discours tranché, il devient progressivement un parti de gouvernement présentant une tonalité modérée parfois justifiée par le registre du pragmatisme.

La contextualité locale peut être appréciée à partir de deux critères : la nature de l'élection par rapport à la trajectoire électorale du candidat et la configuration électorale à laquelle le candidat appartient.

Majoritairement, l'influence de l'étiquette partisane se fait sentir dans les élections cantonales et aux élections municipales dans les unités urbaines. Il faut toujours conserver en mémoire l'importance du facteur temporel pour apprécier le contenu de chacun de ces critères. Par exemple, comme il a été indiqué plus haut, le nombre de candidats se présentant sans étiquette politique diminue à la fin des années soixante-dix, de sorte que jusqu'à une époque très récente les partis politiques appartenant à la configuration nationale ont une influence certaine sur la désignation pour les candidatures. Mais si les candidatures « indépendantes » venaient à se multiplier leur poids relatif diminuerait. De même il ne serait pas impossible d'assister sur le terrain local à un éclatement de l'expression partisane de la compétition électorale avec une multiplication des candidatures sous des étiquettes différentes de celles que propose la configuration nationale. Le critère temporel nous permet de rester attentif à la reproduction des éléments de rupture et de permanence.

L'observation des élections cantonales présente un intérêt supplémentaire dans la mesure où elle révèle que pour beaucoup d'élus locaux, elles constituent un moment particulier dans une trajectoire de cumul. L'élection au Conseil général peut aussi bien signifier la consécration d'un itinéraire électif limité à l'espace local qu'une ouverture sur une candidature à un mandat national. Elle peut donc être comprise comme un point d'articulation stratégique dans

⁶¹ A. Mabileau, « Les élections cantonales de 1982 », in *Annuaire des collectivités locales*, 1983, p. 32.

⁶² A. Mabileau, *op. cit.*, p. 33.

l'itinéraire électif d'un médecin. Il est rare qu'un médecin soit élu député, et encore moins sénateur, sans avoir été au préalable candidat ou élu dans une élection locale. La limitation du cumul des mandats impose une nuance à cette perspective.

Pour les élections municipales, la bipolarisation a eu un effet structurant sur la compétition électorale soit par le biais des accords nationaux pour l'investiture des listes dans les grandes villes, soit en raison de la prégnance de cette structuration dans l'espace politique local. Ce qui est le cas pour les villes moyennes et les petites villes rurales. En Gironde, on peut citer Blaye, Langon, La Réole.

En troisième lieu, il n'est pas pertinent de déterminer l'étiquette partisane des médecins selon leur expression propre. Parfois elles apparaissent nettement mais dans la plupart des situations elles surgissent à travers un certain flou. Pour répondre à la question ainsi posée, il a été jugé opportun de s'appuyer sur le concept de configuration⁶³ de façon à pouvoir identifier la position partisane du médecin relativement aux étiquettes partisans en présence. Ainsi, il est possible de retrouver la réalité de la tonalité partisane du médecin en observant la nature du contexte électoral où il se trouve engagé.

La reconnaissance des médecins par les partis politiques correspond à leur volonté de présenter des candidats susceptibles de réaliser la plus grande mobilisation électorale possible. Suivant la conception notabiliaire l'accent est mis sur la ressource électorale que peut constituer une profession à clientèle, c'est une interprétation qui, au regard de ce qui a été dit plus haut, doit être nuancée et surtout rapportée à la singularité des sites électoraux. Elle peut aussi exprimer le souci des partis de se doter d'une capacité d'expertise dans les domaines de la santé et de la politique sociale.

D'un autre côté, il faut se demander ce que les formations politiques peuvent proposer aux médecins. Immédiatement, on pense à un accès facilité à la compétition électorale. Mais il faut aussi s'interroger sur les relations qui peuvent s'établir entre les médecins et les formations politiques relativement à la production de sens que ces dernières proposent. Le rapport que les médecins entretiennent avec la posture idéologique est un de ces éléments. De plus chaque parti présente dans sa composition sociale et dans son organisation des particularités qui influent sur les processus de reconnaissance dont les médecins font l'objet.

Dans les modalités de reconnaissance, on serait tenté de ne prendre en considération que le cas des médecins dont l'étiquette partisane est clairement affirmée. Or, dans certaines situations, il n'en est pas toujours ainsi. Plus exactement, si l'étiquette partisane n'est pas apparente, le positionnement partisan du médecin peut être déduit de l'étude de la

configuration électorale. Il s'agit d'une reconnaissance implicite des partis et d'une expression atténuée du positionnement partisan du médecin. Ce schéma se retrouve dans certaines élections cantonales et pour des élections municipales où les listes affichent une coloration partisane évidente.

2.1.1 La distribution des médecins dans les structures partisans

Notre analyse repose sur des présupposés de recherche qu'il convient de clarifier. D'une part, nous partons de l'idée que la configuration partisane nationale exerce des effets structurants sur la vie politique locale. Compte tenu de la diversité de lectures que peut susciter le concept de structuration, nous apporterons les précisions suivantes : pour évoquer les étiquettes partisans des médecins candidats aux élections locales il est fait référence à une forme d'objectivation qui est celle des noms des partis politiques nationaux. La structuration n'intervient donc que dans l'exercice de repérage réalisé par les électeurs en fonction de ce qu'ils savent à propos de ces appellations dans le contexte politique national. En même temps, il faut adopter à propos de ces étiquettes partisans une pluralité de lectures. Il convient de garder en mémoire les clivages⁶⁴ qui peuvent structurer momentanément ou durablement la configuration partisane. Par exemple, au début des années soixante, se constitue une opposition gaullisme / anti-gaullisme à l'intérieur de laquelle se dessinent des nuances. Dans l'hostilité au gaullisme, il peut y avoir une opposition au régime (Mitterrand / Mendès-France) et un refus de la politique algérienne, point plus délicat pour F. Mitterrand. La question de la laïcité a été au cours du vingtième siècle un des points de fixation de la conflictualité partisane. Elle a rendu impossible tout accord entre le MRP et la SFIO pendant les années soixante. Les conceptions divergentes de la construction européenne ont, elles aussi, influé sur les alignements doctrinaux des différents partis. La complexité signifiante portée par les étiquettes partisans exige donc une grande prudence. D'autant plus que les configurations politiques locales ont chacune leur singularité. Le positionnement des acteurs politiques locaux ne résulte pas seulement de leur appartenance partisane ; les interactions entre les personnalités ont leur part d'influence et elles évoluent avec le temps.

⁶³ N. Elias, *Qu'est-ce-que la sociologie ?*, Paris, Ed. de l'Aube, 1996, p. 154-158.

⁶⁴ On se fonde, ici, sur l'idée développée par D-L. Seiler, *De la comparaison...*, Economica, Paris, 1986, p. 107-108.

Les étiquettes partisanes proposées à la compétence des électeurs n'existent pas seulement sous la forme des programmes que peut proposer chacun des partis. Elles sont aussi le résultat d'un travail de typification⁶⁵ qui singularise un parti ou un autre à un moment donné de l'histoire politique nationale. Les moyens d'information modernes qui se donnent pour mission d'améliorer la compétence des citoyens ne peuvent qu'accentuer cette tendance à la typification dans la mesure, où ils ne peuvent produire que des représentations réduites de la réalité. Par son essence, l'information n'est qu'une étape sommaire sur le chemin de la connaissance.

Pour étudier la distribution des médecins élus dans les partis et mouvements politiques nous avons raisonné à partir de l'hypothèse qu'il existe, suivant les époques, des étiquettes partisanes plus ou moins singularisées. L'adhésion des médecins aux structures partisanes repose sur cet aspect et sur la dimension organisationnelle. Ce dernier point concerne directement les modalités de sélection des personnalités, c'est à dire le fonctionnement des partis politiques en tant qu'espaces de reconnaissance.

2.1.1.1 L'identité partisane typifiée

En nous référant à la notion d'identité partisane typifiée, nous essayons de fixer un cadre de lecture qui nous permette d'aborder les différents éléments de la réalité que nous avons observée. Ce que perçoivent les électeurs ne se limite pas à ce qu'ils croient savoir de l'identité des candidats ou des programmes des partis politiques qui les présentent. Il s'agit plutôt d'un ensemble de significations liées au contexte partisan national et local, traits de caractérisation de l'étiquette partisane en question. Ces éléments de singularisation font que l'étiquette partisane portée par un médecin n'est pas anodine parce qu'elle le rattache à un certain nombre d'éléments qui englobent l'identité personnelle du candidat.

Entre 1959 et 1989, en France, des forces politiques ont été plus singularisées que d'autres. Précisons donc ce que nous mettons derrière cette propriété de typification. En premier lieu, il y a un élément de singularisation exprimé tantôt par la revendication d'une idéologie (PCF), tantôt par la fidélité à un personnage et à son œuvre (l'UNR / UDR, De Gaulle, la Vème

⁶⁵ Le sens du terme typification que nous utilisons ici pourrait apparaître en contradiction avec celui « importé » de la langue anglaise. Par typification nous essayons de qualifier les processus de représentation par lesquels les agents reconnaissent les propriétés particulières d'une réalité. Il nous semble que dans la langue anglaise la typification est plutôt un processus par lequel les agents dégagent des types, c'est à dire qu'ils se situent davantage dans un ordre de généralisation. L'usage que nous en proposons est plus proche de typique.

république, la solution algérienne), la rupture incarnée par le PS et F. Mitterrand avant 1981. La signification de fidélité pour les uns est aussi importante que peut être celle de rupture pour les autres. D'ailleurs, il est remarquable que cette dernière est à la base du mouvement Gaulliste en 1958 lorsqu'il veut rompre avec « le régime des partis ». Pour le Parti socialiste comme pour le parti gaulliste, tout commence sur le mode de la « rupture » pour se pérenniser sur celui de la « fidélité ».

En second lieu, cette typification est accentuée par le fait qu'à un moment particulier de l'histoire du pays, cette force partisane est perçue comme ascensionnelle et dominante : l'UDR dans les années soixante, le PS dans les années 80. Ce caractère de domination peut être envisagé à deux niveaux : celui qui permet de situer le parti en question au sein de ce que l'on appelle par convention la « Droite » ou la « Gauche », et celui qui permet de le situer par rapport à tous les éléments de la configuration partisane. Cependant, une différence importante caractérise la progression de ces deux forces politiques. L'ascension du Gaullisme se réalise principalement à l'occasion des élections législatives et présidentielles alors qu'elle ne se traduit que très faiblement dans les élections locales. Au contraire, l'évolution ascendante du PS s'appuie sur un personnel politique local (base militante et élus) quantitativement important avant de se traduire dans les élections nationales à partir de 1981. En tout état de cause, cette hypothèse de typification s'insère dans une perspective plus générale qui considère que la compétence des électeurs manifestée dans la décision électorale est nourrie de ces traits de typification et qu'à ce titre il serait bien imprudent de les négliger.

Identité partisane dominée et typification idéologique : les médecins membres du PCF

D'après notre enquête sur les élections locales, les médecins élus membres du PCF sont très rares. Le seul département où il y a eu des médecins conseillers généraux étiquetés PCF est celui de la Dordogne avec le docteur Raymond élu en 1973 sur le canton de Montignac sur Vézère, et dans une période plus ancienne le docteur Langevin (Croix de guerre, médaille de la Résistance), cantonale de 1961, élu sur le canton de Jumilhac-le-Grand (24).

En Gironde, on peut citer le docteur Soullignac à Coutras (cantonales de 1964 et 1970) et le docteur Favarel-Garrigues à Mérignac (élection cantonale de 1976) qui ont été candidats sans être élus.

Ce phénomène exceptionnel trouve ses origines dans le contexte particulièrement favorable au PCF dans certaines parties de la Dordogne. Ce phénomène est historiquement associé aux combats de la Résistance où ce parti a joué un rôle prépondérant.

Il ne faut pas négliger que la personnalité de ces médecins a permis une capacité d'incarnation de cette contextualité singulière. Celui qui est dominé au plan national devient localement dominant. La singularité incarnée par les docteurs Raymond et Langevin résulte du fait qu'ils exercent une profession qui, selon les croyances et les réalités de l'époque, les éloigne de l'idéologie du parti dont ils se réclament. Mais simultanément leur appartenance professionnelle et leur passé de résistant leur confèrent une position qui leur permet d'imposer leur autorité aux acteurs politiques locaux. C'est, sans doute, pour cette raison que les configurations électorales se sont souvent structurées par rapport à la présence d'un candidat communiste dans la compétition.

Ainsi en 1961, le docteur Vingre (modéré) se retire avant le second tour pour permettre au sortant le docteur Garrigues (SFIO) de battre le docteur Langevin. Démarche vaine puisque ce dernier sera élu.

Pour certains scrutins, le médecin « radical » ou « SFIO/ FGDS » se retrouve seul au premier tour face à un candidat du PCF. Le docteur Leclair, Maire de Sarlat n'a en face de lui en 1961 qu'un candidat SFIO dissident et un du PCF, alors qu'il est lui-même soutenu par la SFIO. En 1967, sous étiquette FGDS, il n'a comme concurrent au premier tour que celui du PCF. Les configurations sont identiques pour les docteurs Lançon (réseau Bonnet), Queyroi à Hautefort. Le docteur Raymond du PCF est face à un seul candidat de la FGDS dès le premier tour. Il sera battu. En 76, le docteur Bonamy (Union républicaine) est élu au premier tour après n'avoir eu pour opposant que le candidat du PCF.

Si ces configurations attestent de la réalité d'une volonté de réduire l'influence du PCF en Dordogne, elles n'ont pas toujours été couronnées de succès. La personnalité du médecin a pu incarner à un moment donné de l'histoire locale une formule électorale lui permettant d'être reconnu d'un grand nombre d'agents. Le facteur personnel paraît d'autant plus déterminant que l'idéologie du parti communiste au début des années soixante apparaît comme très marquée. Pour ce parti, faire élire un médecin conduit à crédibiliser la posture idéologique dans les visions du monde que véhiculent les acteurs politiques tout autant qu'à légitimer l'analyse marxiste en elle-même. Mais on peut aussi se demander si tout compte fait ce n'est pas la personnalité du médecin qui est elle-même valorisée pour la raison qu'il réussit à s'imposer malgré une étiquette partisane fortement marquée, et dominée dans la vie politique nationale. Pour un médecin, se présenter à une élection sous l'étiquette PCF dans les années soixante n'est-ce pas faire preuve de singularité et de courage, qualités attribuées à la personnalité du candidat ?

L'inscription de l'identité du médecin dans l'onde partisane dominante. L'Etiquette partisane fortement typifiée par le contexte national

L'axe d'interprétation que nous proposons ici consiste à discerner ce que nous avons appelé des ondes partisans dominantes que nous pourrions définir ainsi : un courant d'opinion mesuré à travers des résultats électoraux coïncide avec la progression d'un mouvement politique qui obtient progressivement une position dominante dans l'exercice du pouvoir national et local. C'est ce que l'on a pu qualifier en termes de « nationalisation de l'influence »⁶⁶.

Les deux entités qui nous semblent détenir cette propriété sont le mouvement gaulliste et le Parti socialiste⁶⁷. Ils ont été l'un et l'autre, mais à des périodes différentes, des partis structurant l'aile sur laquelle ils étaient situés et pouvaient apparaître comme des courants porteurs pour ceux qui envisageaient une candidature à une élection. Ils sont devenus des partis de militants c'est-à-dire des organisations structurées dans lesquelles les procédures de sélection des candidatures devenaient de plus en plus complexes. Cette complexité traduite en termes d'espace de reconnaissance signifie une augmentation des critères et des acteurs intervenant dans la reconnaissance.

En même temps, leur identité partisane a été fortement marquée à un moment de leur histoire mais sur des bases différentes. La singularité partisane du mouvement gaulliste n'a pas été marquée par une construction idéologique précise et contraignante mais par l'identification à la personnalité du Général de Gaulle jusqu'à ce que progressivement il devienne un parti de droite au sens où l'entend la classification traditionnelle des forces politiques en France.

Si on veut analyser la distribution des médecins dans le parti gaulliste, il faut tenir compte de la prégnance croissante du facteur idéologique dans la production de sens réalisée par ce mouvement.

Pour le Parti socialiste, il est clair que de sa création en 1971 à son arrivée au pouvoir en 1981, la signification qu'il a essayé de porter était celle d'une rupture idéologique avec le libéralisme économique afin de retrouver une crédibilité, par rapport au PCF, au sein de la gauche française. Cette référence à la dimension idéologique exprimait aussi le souci de rompre avec l'image présentée par la SFIO.

Pour un médecin, comme pour tout individu qui s'engage dans un parti politique la production de sens générée par ce dernier est un point déterminant. D'une part, la consistance

⁶⁶ Notion appliquée par C. Ysmal au mouvement gaulliste comme au Parti socialiste. Voir *Les partis politiques sous la Vème république*, Domat politique, Montchrestien, 1991, p. 260 et 243-248.

idéologique postulée par une structure partisane conditionne l'autonomie réelle ou supposée de l'individu par rapport à elle. D'autre part, les critères de positionnement partisan qu'elle propose rencontrent ceux des agents qui l'acceptent. Adhérer au Parti socialiste dans les années 70 n'a pas tout à fait le même sens que s'y inscrire dans les années 90. Etudier les inflexions idéologiques d'un parti donne des indications sur le type d'adhésion des médecins qui s'y sont inscrits.

Des médecins dans le courant gaulliste

En prenant pour espace géographique de référence l'Aquitaine ou la Gironde, on peut dresser un constat analogue à celui qui pouvait être fait au plan national, à savoir, qu'au début de la Vème république les élus locaux se réclamant du Gaullisme étaient assez peu nombreux. Les exemples girondins que l'on peut évoquer ici sont ceux de médecins, élus locaux qui ont aussi détenu un mandat national comme le docteur Dalbos à Pessac et le docteur Grondeau à Bordeaux. Pour eux, comme pour les autres médecins élus locaux ayant exercé des mandats nationaux il n'est pas inutile de mentionner le lien signifiant entre qui peut exister entre ces deux formes de représentation sur la base d'une « conception atomistique » de la vie parlementaire⁶⁸.

Pour comprendre l'appartenance de certains médecins au courant gaulliste, il faut se remémorer les tendances successives qui ont caractérisé ce mouvement.

S'il est difficile de connaître le pourcentage de médecins dans la population des adhérents gaullistes, on peut s'en approcher à partir de plusieurs extrapolations. Avec la nomenclature de l'INSEE, les médecins apparaissent dans deux catégories : les professions libérales et les professions intellectuelles supérieures. Il est possible de retenir la catégorie cadres supérieurs du privé pour les médecins de l'industrie pharmaceutique mais cela concerne une proportion très réduite. Les médecins constituent la part majoritaire des professions libérales même si cette tendance a connu un léger infléchissement ces dernières années. Quand on constate qu'en 1984⁶⁹ 27 % des cadres du RPR appartiennent aux professions libérales, on peut déduire que la part des médecins n'est pas négligeable. Selon les mêmes sources, 13 % des délégués au congrès de 1978 appartenaient à la même catégorie, 9,5 % en 1984. Ce qui est constaté en termes de participation militante confirme ce que l'on note en étudiant l'électorat

⁶⁷ Nous nous inspirons ici de l'ouvrage, *Les militants politiques dans trois partis français*, de J. Lagroye, G. Lord, L. Mounier-Chazel, J. Palard, Paris, Pédone, série vie locale 5, 1976.

⁶⁸ H. W. Ehrmann, *Politics in France*, chapitre IV, cité in *Les militants... op. cit.*, p. 66.

⁶⁹ P. Bréchon, J. Derville, P. Lecomte, *Les cadres du RPR, Les cahiers du CERAT*, n°1, IEP de Grenoble, 1986, p.29.

gaulliste ou l'origine sociale de ses élus : la part des professions libérales dans le phénomène partisan gaulliste est très supérieure à ce qu'elle est dans la société française⁷⁰. Elle reste équivalente à ce que l'on trouve dans l'autre versant de la « droite » française, le bloc « MRP/CD, CDS, RI, Giscardiens, UDF ».

La part importante des médecins parmi les cadres du mouvement gaulliste est incarnée de différentes façons en Aquitaine.

En Gironde, on peut évoquer l'exemple du docteur Grondeau, fidèle de J. Chaban-Delmas, et responsable important du gaullisme girondin pendant plusieurs années⁷¹. Il a été sous différentes étiquettes (RPF puis républicain social avant 1958, UNR / UDR / RPR après), conseiller municipal de Bordeaux jusqu'en 1983, conseiller général jusqu'en 88 et député de 1958 à 1973. Le docteur Grondeau a été un de ceux qui ont solidifié la structuration du mouvement Gaulliste à Bordeaux en évitant ainsi à J. Chaban-Delmas d'avoir à assumer un rôle de chef de parti, peu compatible avec l'image gaullienne qu'il entendait donner de lui.

L'itinéraire électif du docteur Dalbos paraît plus atypique pour plusieurs raisons. D'une part, son ascension au début de la Vème république est très rapide. À la différence du docteur Grondeau, il apparaît comme un homme neuf lorsqu'il est élu maire de Pessac en 1959 puis député en 1962, étant alors le plus jeune député de France. Conseiller général de Pessac depuis 1961, il connaît son premier échec aux cantonales en 1976 et sera battu aux municipales en 1977. Après une tentative malheureuse sur le canton de Caudéran en 1979, il retrouve son siège de conseiller général en 1982, sur le nouveau canton de Pessac et son siège de maire en 1983 qu'il perd en 1989.

Contrairement au docteur Grondeau, il n'a jamais été un proche de J. Chaban-Delmas. Ses différents échecs aux législatives en 1967 (face à R. Brettes) ou en 1973 (opposé à M. Sainte-Marie) peuvent être expliqués, pour une part difficile à mesurer, par la complicité qui lie ses deux adversaires au maire de Bordeaux. D'ailleurs lors de sa tentative aux cantonales de 1979, il s'est trouvé en compétition avec le candidat soutenu par le RPR, W. Lacoste. La lecture de ses articles de campagne conduit à se demander s'il ne souhaite pas apparaître comme étant plus gaullien que gaulliste. Présentant de sa candidature, il fait peu de cas de son appartenance partisane, mais par contre il met en avant les soutiens dont il bénéficie dans la « société civile » ou il insiste sur les actions qu'il a réalisées ou qu'il veut entreprendre. L'accent est mis sur la relation entre une personnalité et son environnement. La force de cette

⁷⁰ R. Ponceyri, *Gaullisme électoral et Vème république*, Presses de l'IEP de Toulouse, 1986, volume Tableaux-graphiques-cartes, p. 268-278.

⁷¹ Voir le compte-rendu de l'hommage qui lui a été rendu dans *Sud Ouest*, 33, 1^{er} mars 1979.

« présentation de soi » individualisée découle peut être de la fragilité de sa position dans l'univers partisan local.

Dans les Pyrénées-Atlantiques, on trouve une autre figure du mouvement gaulliste appartenant à la profession médicale : le docteur Maurice Plantier. Elu conseiller municipal d'Artix en 1959, il prend la succession de son père, lui aussi médecin, au poste de maire en 1960. Aux élections de juin 1961, il succède au Docteur Costedoat, en s'imposant face au docteur Maison, « indépendant », maire d'Arthez. Il sera réélu en 1967 et 1973. À l'occasion des élections cantonales de 1973, il « rappelle la qualité de ses réalisations (modernisation des équipements collectifs, préservation en dépit d'un contexte difficile du capital acquis de l'industrialisation) » et tente d'apparaître comme un « pragmatique » qui, « au plan local, se pose avant tout, comme un réalisateur plus soucieux de rappeler ses qualités de gestionnaire que de se poser en leader de parti »⁷². Il est vrai que cette étiquette partisane ne semble pas avoir été suffisante pour lui permettre de s'imposer aux élections législatives de 1958, 1962 et 1967 sur la circonscription de Pau. Pour celles de 1968, il apparaît comme le concurrent le plus sérieux du député sortant le Docteur Ebrard, de tendance radicale, étiqueté FGDS. Ce dernier sera soutenu au second tour par une coalition de voix allant des partis de gauche pratiquant la discipline du désistement aux personnalités de droite hostiles au Gaullisme comme P. De Chevigné. Le docteur Maison maire d'Arthez appelle à voter contre Plantier. Malgré tout, ce dernier sera élu et réélu en 1973, toujours contre le docteur Ebrard.

Le cas du docteur Plantier est évocateur à plusieurs titres. S'il est dit que « grâce à son mandat de maire et de conseiller général, le docteur Plantier est connu et bien implanté dans le canton d'Arthez », c'est pour rappeler que sa présence professionnelle locale est à la base de son éligibilité mais qu'en même temps, ses mandats locaux lui permettent de conforter son éligibilité pour se présenter à des mandats nationaux. Ils lui confèrent une crédibilité au sein du mouvement gaulliste. Il incarne le modèle du médecin généraliste qui s'impose au sein de l'univers partisan grâce au cumul de mandats locaux. C'est un modèle concurrent de celui incarné par les chirurgiens ou les professeurs de médecine en milieu urbain. Ces derniers sont davantage reconnus au sein des structures partisans en raison de leur position au sein de la profession médicale.

Le docteur Plantier connaissait l'importance de l'assise territoriale dans son éligibilité mais il ne néglige pas pour autant la nécessité d'union au sein de son propre camp. C'est en ce sens que pour les législatives de 73, il choisit comme suppléant un autre médecin, le docteur Prigent, maire et conseiller général de Monein (déjà suppléant du giscardien Micheu-Puyo en

1967). C'est sans doute pour cela qu'il réussit à se faire élire alors qu'en 1967, son échec résultait du maintien au second tour du candidat centriste permettant de la sorte à A. Labarrère de remporter la triangulaire. Son parcours électoral rappelle que dans les Pyrénées-Atlantiques se constitue dès le début de la Vème république une opposition puis une très forte concurrence entre les différentes formations de la « Droite » locale malgré le rapprochement qu'a provoqué la bipolarisation. Il ne se produit plus en 1973 ce qui était encore concevable en 67 lorsque le docteur Labéguerie, Centre Démocrate soutenu par la FGDS, appelle à « barrer la route à l'UNR »⁷³ pour faire battre le candidat UNR, M. Inchauspé.

On retrouve à Bayonne le même type d'opposition entre le député maire sortant H. Grenet et B. Marie pour les législatives de 1967. En 1962, le docteur Grenet avait battu le député gaulliste sortant qui, pour les municipales de 59 à Bayonne avait conduit une liste concurrente.

Les médecins gaullistes ayant constitué une présence politique significative, grâce aux différentes formes de cumul des mandats, sont relativement rares en Aquitaine. On pourrait évoquer le cas du docteur Saury, 1^{er} adjoint au maire de Biarritz, conseiller général en 79 et 85, et président du comité départemental du RPR ou celui du docteur Aulong dans le Lot-et-Garonne. Il faudrait citer le docteur Mirtin dans les Landes et le docteur Coicaud en Dordogne. La présence politique locale se mesure aussi aux candidatures des médecins après investiture de leur parti. Le docteur Wind a été candidat aux législatives de 1978 et 1981 dans le Lot-et-Garonne ainsi qu'aux cantonales de 79 et 85 à Marmande. Sans avoir été élu, il a fait l'objet d'une reconnaissance partisane évidente.

Il convient aussi de souligner que l'arrivée de la Gauche au pouvoir en 1981 a peut être stimulé le positionnement de certains médecins par rapport aux partis politiques ou tout au moins accéléré leur décision d'engagement. Il faut l'analyser comme un « sursaut de politisation »⁷⁴ face à un événement de portée nationale : l'arrivée de la Gauche au gouvernement. On peut mesurer ce phénomène en se référant à un renouvellement important de la base militante du mouvement gaulliste⁷⁵. De notre échantillon peut être extrait le cas du docteur Faure, maire et conseiller général de Puymirol (47), adhérent au RPR en 1982 pour en devenir le secrétaire départemental quelques années plus tard, puis sénateur. Parmi les médecins interrogés au cours de notre enquête, ceux qui se déclarent du RPR ont adhéré au

⁷² AD 64, document U 3961, p. 106.

⁷³ *Sud Ouest*, 33, 9 mars 1967.

⁷⁴ *Les militants dans trois partis français*, op. cit., p. 40.

⁷⁵ C. Ysmal, *Les partis politiques sous la Vième république*, p. 165–167. Voir aussi *Les cadres du RPR*, op. cit., p. 31.

cours de cette période, ceci coïncide avec l'analyse suivant laquelle la vague des nouvelles adhésions entre 81 et 84 était composée d'une forte proportion de diplômés de l'université.⁷⁶

Parmi les étiquettes partisans affichées par les médecins candidats au Conseil général, la proportion de médecins se réclamant du courant gaulliste n'est pas très importante d'un point de vue quantitatif. Elle reproduit en fait la faiblesse du personnel politique local d'obédience gaulliste. Pour les élections cantonales, le mouvement gaulliste obtient entre 10 et 15 % des voix au premier tour des élections entre 1961 et 1979⁷⁷. Le pourcentage d'élus varie entre 6,7 % (1964) et 13,1 % (1973) pour la même période.

Cette faiblesse est également perceptible pour les élections municipales.

On peut, à présent, s'interroger sur le cadre de reconnaissance dans lequel ces médecins ont évolué. Il faut prendre en compte en premier lieu la nature du dispositif organisationnel qui peut influencer sur la sélection des candidatures et la position des médecins au sein du mouvement gaulliste.

En second lieu, le courant gaulliste, UNR / UDR / RPR, à l'instar de chaque parti politique doit être traité comme une instance de production des significations politiques que ce soit en termes d'idéologie, de principes ou de valeurs.

Le mouvement gaulliste du point de vue organisationnel

On s'est interrogé pour savoir si le parti gaulliste, pouvait être compris comme un parti de militants, à l'image du PCF, un parti d'électeurs ou un parti de cadres comme le parti radical. Nous nous en tiendrons sur ce point à l'analyse proposée par J. Lagroye lorsqu'il écrit : « il se veut parti d'électeurs et de grand rassemblement lorsqu'il se tourne vers l'ensemble de l'électorat français. Tout différemment, lorsqu'il tend à susciter la mobilisation de ses adhérents, il prend l'aspect d'un parti à fort contenu idéologique, soucieux de développer une active base militante, alors qu'en fait, au niveau de son implantation locale, il se comporte essentiellement comme un parti de cadres n'offrant à ses membres que des possibilités limitées d'action et de promotion politiques »⁷⁸.

On a pu dresser le constat suivant lequel « l'investissement dans le parti ne peut aller très loin au regard de ce qui est proposé ; son activité interne se résume en effet à la préparation de son action externe (...) adhérents, militants et mêmes responsables locaux sont dépouillés de deux

⁷⁶ P. Bréchon, J. Derville, P. Lecomte, *Les cadres du RPR, op. cit.*, p. 101.

⁷⁷ R. Ponceyri, *Gaullisme électoral et Vème république*, Presses de l'I.E.P de Toulouse, 1996, Tableaux, cartes, graphiques, p. 186-187. Voir aussi le tome 1 p. 130-131.

⁷⁸ J. Lagroye, *les militants politiques dans trois partis français, op. cit.*, p. 161.

fonctions essentielles, la recherche doctrinale et l'élection des instances supérieures »⁷⁹.

Les médecins engagés dans ce courant politique, au niveau local, se retrouvent plus dans un réseau de personnalités que dans un dispositif massif de militantisme. De ce fait leur statut professionnel peut favoriser ou défavoriser la reconnaissance dont ils peuvent faire l'objet. Par exemple, le RPR libournais a été fortement marqué par une opposition entre les « élites » urbaines souvent représentées par des médecins et les représentants du terroir comme G. César. C'est en partie pour cela que le docteur A s'est présenté à l'élection cantonale de Libourne en 1992 après s'être mis en congé de ce parti, avec comme directeur de campagne le docteur R, maire de Vayres.

La production de sens réalisée par ce parti, ce qui a été proposé par le mouvement gaulliste à travers le temps, a fortement varié. Initialement, il se présentait comme un soutien inconditionnel à la personnalité du Général De Gaulle, jouant sur la confusion entre sa nature propre et la volonté de son guide de se situer au-dessus de la conflictualité partisane.

Progressivement, il s'est inséré dans la construction d'un bloc conservateur⁸⁰, pour s'adjoindre un peu plus tard une bonne partie de l'électorat modéré⁸¹, notamment dans sa période pompidolienne. Depuis sa création en 1976, « il est clair que le RPR a connu de profondes évolutions idéologiques ; le gaullisme se caractérisait par une défense de l'intervention étatique et de la planification, ardente obligation ; c'était « le parti de l'ordre » et de la participation sociale, un parti nationaliste et plutôt anti-européen. Le RPR s'est au contraire converti au libéralisme ; il souhaite limiter le rôle économique de l'Etat. Et il est devenu pro-européen. Le parti ne s'appuie pas sur une idéologie rationalisée et les principes généraux qui faisaient l'unité du gaullisme ont évolué au cours de ces dernières années. »⁸²

La création de l'UMP en 2002 n'est en fait que l'aboutissement du processus qui a conduit le mouvement gaulliste à se transformer en un parti conservateur au sens où on peut le rencontrer dans beaucoup de pays d'Europe. L'empreinte plus évidente du facteur idéologique sur la construction signifiante du mouvement gaulliste place les médecins dans une situation un peu délicate. En effet, ces derniers apparaissent, et pas seulement au sein du RPR, comme hostiles au principe de construction idéologique. Il y a là le souci d'affirmation de l'individualité et d'une conscience de sa propre compétence tout autant le « sense of one's self » que le « sense of one's place ». La position reconnue à un agent est autant une localisation dans une hiérarchisation symbolique de la société qu'un lieu à partir duquel il

⁷⁹ P. Bréchon, J. Derville, P. Lecomte, *Les cadres du RPR, op. cit.*, p. 125.

⁸⁰ R. Ponceyri, *op. cit.*, p. 331.

⁸¹ R. Ponceyri, *op. cit.*, p. 349.

⁸² P. Bréchon, J. Derville, P. Lecomte, *Les cadres du RPR, op. cit.*, p. 86.

s'engage dans une perspective.

Si on veut retracer les grandes lignes d'évolution idéologique qui caractérisent le mouvement gaulliste depuis sa création, il faut bien admettre que son rapport à la construction idéologique s'est inversé. Initialement hostile à ce type de production de sens politique, il l'adopte implicitement dès lors qu'il affiche son choix en faveur du libéralisme. Il faut bien distinguer la position des agents par rapport au modèle qu'incarne la construction idéologique, de leur position vis-à-vis des variations endogènes de cette construction. La production de sens qu'il propose, dans une première phase, est organisée autour de l'énonciation de grands principes dans lesquels peut se reconnaître un plus grand nombre d'agents, militants ou électeurs. Par la construction d'une identité idéologique plus tranchée, il laisse apparaître une variation de ses positions programmatiques pouvant ainsi générer une plus grande diversification des positions militantes en son sein⁸³.

C'est peut être en raison de cette diversité des positions partisans que l'on verra un certain nombre de médecins du RPR rejoindre le parti de C. Pasqua, le RPF, alors qu'ils se situaient antérieurement dans le courant Pasqua / Seguin au sein du RPR. Mais il faut aussi tenir compte de la particularité des situations locales: à Libourne, le docteur A a toujours été mis en difficulté par une partie du RPR local qui, par exemple, soutenait la candidature Teurlay (plutôt UDF) aux élections cantonales. En adhérant au RPF, il devient, de fait, le leader d'une structure partisane locale ce qui lui confère une influence dans la désignation des candidats aux différentes élections. On retrouve une situation assez comparable dans le Langonais avec le docteur P, en opposition avec le docteur D (chirurgien dentiste) au sein du RPR. Il finit lui-même aussi par s'orienter vers le RPF de C. Pasqua et se présente aux élections municipales de Langon de 2001 sous cette étiquette.

Les exemples libournais et langonais incitent à penser que l'appareil partisan local du RPR accorde une place importante aux relations entre les personnalités et les réseaux qui peuvent se constituer autour d'elles. La solidarité professionnelle peut ici jouer entre les médecins ou les différentes professions de santé exerçant à titre libéral. Mais cette solidarité peut aussi être ressentie par les autres acteurs politiques locaux comme une forme de corporatisme. C'est un peu ce que laisse entendre un médecin ancien membre de la commission santé du RPR qui souligne en parallèle la difficulté des médecins à faire prévaloir leurs vues en raison de la présence d'un « écran technocratique ». La reconnaissance des médecins par les instances locales du RPR est déterminée par les propriétés spécifiques du contexte local. Pour le site Libournais, l'influence des médecins découle de la présence de structures thérapeutiques

importantes, mais elle se heurte à la frange rurale du RPR associée à une partie des milieux économiques.

D'un point de vue plus général, les médecins se retrouvent au sein du mouvement gaulliste dans une configuration assez proche de celle de leurs confrères engagés dans des partis politiques à faible base militante comme on le verra pour le courant radical ou les partis composant l'UDF. Peut-être était-il plus facile pour eux de ménager leur refus de la posture idéologique dans les premières années du gaullisme lorsque l'identité partisane se confondait avec le soutien à un homme.

Les médecins appartenant au courant se réclamant du socialisme. Une idéologie de l'éthicité

Lors des entretiens, nous avons demandé aux médecins s'ils acceptaient de nous indiquer depuis quand ils adhéraient au Parti socialiste. Dans la majorité des cas cette adhésion se produit dans les années 70, et pour quelques-uns au début des années 80. Ce phénomène illustre assez bien la tendance qui a caractérisé la croissance du PS tout au long des années 70⁸⁴. Au cours de cette période, on a pu dire à propos de l'identité idéologique du Parti socialiste qu'elle « ne se laisse pas clairement percevoir »⁸⁵, que « sa cohérence paraît moindre »⁸⁶ ou qu'en revendiquant « une société plus juste et plus humaine », elle se rattache « aux valeurs caractéristiques de l'humanisme libéral »⁸⁷. L'évolution du discours socialiste sur les questions sociales est assez révélatrice sur ce point.

Si le social est un « thème mobilisateur » autour duquel se réalisent des « classements politiques »⁸⁸, il constitue le registre central à partir duquel les médecins du courant socialiste expriment leur adhésion. Toutefois, les opinions qu'ils expriment reprennent les nuances que l'on a pu discerner dans l'évolution du discours socialiste sur cette question. En présentant le social comme une « exigence de la raison »⁸⁹ ou comme une « exigence morale »⁹⁰ on se situe dans deux perspectives différentes et mobilisées de façon alternative. L'« exigence morale » peut signifier que « les problèmes humains reprennent le pas sur les problèmes économiques, que l'économie française se restructure autrement qu'avec la sauvagerie actuelle »⁹¹. Elle

⁸³ P. Brechon, J. Derville, P. Lecomte, *Les cadres du RPR*, op. cit., p. 86.

⁸⁴ *Les militants politiques dans trois partis français*, op. cit., p. 37.

⁸⁵ *Les militants politiques dans trois partis français*, op. cit., p. 93.

⁸⁶ *ibidem*.

⁸⁷ *ibidem*, p. 93.

⁸⁸ Y. Poirmeur, « Emblème, repère, enjeu : le social au Parti socialiste » dans D. Gaxie (dir.), *Le social transfiguré. Sur la représentation politique des préoccupations sociales*, Amiens CURAPP, PUF, 1990, p. 72.

⁸⁹ Y. Poirmeur, op. cit., p. 66.

⁹⁰ Y. Poirmeur, op. cit., p. 61.

⁹¹ Docteur A. Lachaize, candidat PS à l'élection cantonale de Bordeaux 2^{ème}, *Sud Ouest*, 33, 12 mars 1979.

s'appuie sur une condamnation morale de la misère sociale⁹². La justification morale peut donc constituer la base d'un engagement partisan, elle sert aussi à imprégner les conceptions de l'action publique d'une visée réparatrice. À partir du milieu des années 80, la conception qui soutient que la politique sociale correspond à une exigence rationnelle laisse la place à cette version de l'« exigence morale ». Dans la première, la réduction des inégalités économiques et sociales devait favoriser le développement de la société. Il y avait un lien de détermination croisée entre le social et l'économique. Ce point de vue est resté dominant au Parti socialiste tant qu'il était en concurrence avec le PCF, c'est-à-dire jusqu'au milieu des années 80⁹³. Avec la seconde, le rapprochement avec le registre humanitaire est plus clair.

Les fluctuations dans la production de sens réalisée par le courant socialiste au cours des quarante premières années de la cinquième république expliquent la diversité des modes d'engagement des médecins.

Pour les années où la SFIO constituait la représentation partisane principale de ce courant le facteur personnel a peut-être joué davantage. D'une part, il s'agissait souvent d'un soutien à une candidature de médecin comme à Sarlat avec le docteur Leclair ou à Langon avec le docteur Langlois et l'affaiblissement croissant de la base militante de ce parti a accru l'importance des réseaux d'élus et de personnalités influentes pour la désignation des candidatures. D'autre part, les thèmes de mobilisation étaient plus proches de valeurs que de projets : laïcité scolaire par exemple.

La création du Parti socialiste en 1971 apporte des changements.

Si nous nous référons au plus grand nombre de médecins appartenant au Parti socialiste ayant participé à notre enquête, nous voyons que leur période d'adhésion se situe en pleine phase ascensionnelle du Parti socialiste. Pendant la première phase de cette construction qui va de la naissance en 71 à la signature du programme commun, la tonalité partisane de ce parti est fortement marquée par l'« ancrage à gauche » que symbolise la signature de l'accord avec le Parti communiste. Avec le renoncement au programme commun mais la préservation d'un accord électoral et la possibilité d'un gouvernement commun, s'affirme l'idée d'une spécificité et d'une autonomie de ce parti. À partir de cette époque, ce parti peut accueillir dans sa diversité autant ceux qui se retrouvent dans les registres « dirigisme / planification / nationalisation » que ceux qui se montrent attachés au libéralisme dans des connotations économiques et politiques. L'option stratégique n'est plus celle d'une différenciation

⁹² Docteur J-L. Bataille, candidat sur la liste de R. Dumas aux municipales de Bordeaux en 1977, « Un choix délibéré », *Sud Ouest*, 33, 10 mars 1977.

⁹³ Y. Poirmeur, *op. cit.*, p. 69.

idéologique forte mais au contraire celle du syncrétisme permettant le rassemblement du plus grand nombre. Ce choix s'est prolongé dans la troisième période où le Parti socialiste devient à la fois le premier parti de la gauche tout en étant au gouvernement. Le processus de « flexibilisation » idéologique que l'on illustre en invoquant l'adoption de choix de politique économique en 1983 (Plan Delors), la tentative de résolution du conflit scolaire (Décision du conseil constitutionnel de décembre 1984) ou plus tardivement la politique de privatisation des entreprises nationalisées en 82 n'est en fait qu'une actualisation de contradictions idéologiques déjà présentes au début des années 70⁹⁴.

Cette capacité à pouvoir incarner une diversité de registres explique que l'on peut observer des comportements d'adhésion différents.

Ainsi le fait que la plupart des médecins qui ont participé à l'enquête de terrain ont une année d'adhésion comprise entre 70 et 80, confirme que leur engagement s'est inscrit dans la phase ascensionnelle du PS. On remarque, par exemple, qu'en 88 sur 5 médecins élus au Conseil général de la Gironde, 4 étaient de ce parti. La situation est identique en Dordogne avec les docteurs Bioulac, Cazeau, Queyroi et Ossard. Il s'agit là d'une tendance originale en Aquitaine et par rapport à la situation antérieure dans ces départements. Elle appelle deux remarques : la première c'est qu'il peut y avoir un prolongement dans l'univers partisan de la mobilité sociale qui a concerné la profession médicale depuis la fin des années 60 ; plusieurs médecins ont évoqué la modestie de leurs origines sociales comme élément explicatif de leur choix partisan. On rejoint sur ce point le constat suivant lequel les origines sociales des militants du PS se situent pour 25 % dans le monde ouvrier alors même que ces militants appartiennent en majorité à la petite et moyenne bourgeoisie⁹⁵.

Pour ces médecins, la reconnaissance de l'espace partisan passe par le soutien de la base militante. L'identité du médecin candidat à la désignation doit correspondre aux critères partisans de son espace et de son temps.

Toutefois le syncrétisme idéologique du Parti socialiste a aussi permis d'atténuer le caractère tranché des adhésions que l'on a souvent assimilé à la survivance d'une tradition « radicale » dans le Sud Ouest.

On sait par exemple que le docteur Vérité prend la succession du docteur Langlois à Langon alors que ce dernier incarne une tradition socialiste modérée proche de la SFIO. Plus simplement, des médecins d'inspiration radicale au début de leur itinéraire adhéreront au PS

⁹⁴ *Les militants dans trois partis français, op. cit.*, p.93-98. Voir aussi C. Ysmal, *Les partis politiques sous la Ve république*, Domat politique, Montchrestien, p. 77.

⁹⁵ R. Cayrol, C. Ysmal, « Enquête sur les militants du PS », *Projet* n°165, mai 1982.

pour le poursuivre : le docteur Cazeau à Ribérac, le professeur Bioulac ; le fils du docteur P. Queyroi, qui lui était élu sous étiquette radicale, se présente en 1989 avec l'investiture du PS. Dire que des médecins inscrivent leur adhésion dans une tonalité syncrétique n'équivaut pas à leur nier toute conviction, cela signifie simplement qu'ils mettent l'accent sur la revendication d'une gestion tempérée de la conflictualité sociale qu'une approche partisane trop tranchée ne facilite pas. Cela leur permet aussi de s'adapter plus rapidement aux contextes électoraux dans lesquels ils se trouvent impliqués. Ainsi la trajectoire du docteur V⁹⁶ dans le Lot-et-Garonne n'aurait pas été aussi rapide s'il n'avait pas adhéré au PS en incarnant cette modération dans un département où les médecins ont eu une certaine importance dans la vie politique locale. Avant lui, les docteurs Teyssier et Espiau étaient de tendance rocardienne alors que le docteur Descayrac était proche de F. Mitterrand. L'identité électorale du Docteur V présente deux plans de crédibilité : celui de la conviction lorsqu'il déclare « je suis socialiste de naissance et parce que mon histoire personnelle ne pouvait déboucher que sur le socialisme. C'est en fait une question de conviction »⁹⁷ ; celui de l'attachement au libéralisme économique puisqu'il est recruté par une clinique privée (Groupe Harpin, dirigé par le docteur A, conseiller municipal d'Agen). Pour les élections de 2001, il prendra sur sa liste le directeur de la clinique car le maire sortant d'Agen (le docteur Chollet) n'a pas voulu reprendre sur la sienne le docteur A. Il faut se souvenir que la ville d'Agen n'a pu obtenir de scanner en raison d'un désaccord entre le groupe Harpin et l'hôpital public.

2.1.1.2 Le choix des partis politiques de taille réduite

En observant la distribution des médecins au sein des structures partisanes, on a également constaté deux tendances : d'une part, ils expriment leur préférence pour une affiliation partisane devant apparaître peu marquée, d'autre part, un certain nombre d'entre eux, majoritaires dans notre échantillon s'orientent plus aisément vers des petites formations.

L'étiquette partisane que nous avons retenue est celle qui peut résulter de la revendication du médecin ou d'une attribution par le bureau des élections ou la presse locale. La configuration électorale locale permet de préciser la connaissance de cette affiliation. Le caractère flou de l'identité partisane d'un médecin se mesure à travers le choix de présentation du type

⁹⁶ Entre au PS en 1991, élu conseiller général en 1992 en battant J. François-Poncet, chef de file du PS en 1994, député d'Agen en 1997, maire de cette ville en 2001. Battu aux législatives de 2002.

⁹⁷ A. Orenstein, *op. cit.*, p. 28.

« modéré », « majorité présidentielle », par exemple. Mais il découle également de la composition signifiante proposée par le parti et de son organisation. Les partis à faible base militante peuvent se différencier par le caractère plus ou moins marqué de leur registre partisan. Les deux exemples extrêmes que l'on peut évoquer ici sont celui du courant radical (PRRS, puis parti radical et MRG) et celui de CNIP. Ces petits partis constituent plus des réseaux de personnalités en raison de la faiblesse de leur base militante. Ils produisent des systèmes de reconnaissance fondés sur le principe d'individuation. Les éligibles deviennent alors des personnalités reconnues par d'autres personnalités. Ce mode de reconnaissance semble davantage convenir aux médecins qui dans ce cadre mettent en avant leurs ressources d'éligibilité d'origine professionnelle. De plus, la reconnaissance en ces lieux n'est pas liée à une forte activité militante comme elle l'est dans les grands partis.

Mais l'appartenance à un petit parti, c'est aussi la possibilité d'occuper un poste d'encadrement qui facilite la participation aux compétitions électorales locales. Soit le médecin se trouve désigné ou soutenu par son propre parti, soit il participe à des alliances électorales comme pour les municipales.

De plus, l'appartenance à un petit parti accroît les possibilités de se faire entendre dans le cadre d'une stratégie de défense des intérêts professionnels.

Petit parti et identité syncrétique. Le courant radical et radical socialiste

Si l'on voulait caractériser le courant radical et radical socialiste pour l'ensemble de notre période de référence, on pourrait retenir pour critère sa dimension organisationnelle et la plasticité de ses fondements idéologiques.

Dès le début des années soixante, cette plasticité se manifeste relativement à la question algérienne. Ainsi on a pu constater, en Dordogne, une opposition entre les radicaux favorables à l'Algérie Française (Lacoste, Laforest) et ceux qui y étaient hostiles (partisans de G. Bonnet). Quelques années plus tard, ces oppositions renaîtront relativement à la question de l'immigration. Le docteur H. Grenet, à Bayonne, en fera un de ces thèmes de campagne pour justifier son opposition au gaullisme⁹⁸.

Au début de la cinquième république, le courant radical doit se positionner par rapport aux deux pôles structurant la vie politique nationale, le gaullisme et le PCF. C'est ainsi qu'en 1964 se constitue à l'occasion des élections cantonales un Front républicain qui regroupe tous les partis hostiles à ces tendances.

En Gironde, entre le parti communiste et l'UNR / UDT (Dalbos et Grondeau), se constitue un

Front Démocratique regroupant les partis suivant : SFIO, CDIP, MRP, PRRS, le parti libéral européen (présidé par le docteur Auriac), le centre républicain⁹⁹.

Les médecins candidats soutenus par le Front Démocratique sont : le docteur Castets (Bordeaux 3^{ème}), le docteur Julien (Bordeaux 5^{ème}), le docteur Teyssandier à Fronsac.

À l'issue de ces élections, les médecins membres du Conseil général se réclamant de cette alliance sont : les docteurs Dartigues (RRRS Castelnau Médoc), Marceau-Dupuy (RRS Lussac), Langlois (socialiste-indépendant, Langon), Ichard (indépendant paysan, La Teste). Sur huit médecins élus (51 conseillers généraux), 5 sont déclarés Front démocratique.

L'argumentation développée par les membres de cette alliance est centrée sur la condamnation du gaullisme avec parfois des usages assez curieux. Le docteur R-G Julien¹⁰⁰ condamne la politique gaulliste en Algérie pour ses conséquences financières, alors que les membres du CNIP l'ont condamnée mais pour des raisons très différentes. A partir de la position d'hostilité au gaullisme se constitue une thématique de mobilisation tellement large qu'elle peut englober des positions contradictoires

Cette hostilité au gaullisme, on la retrouve chez le docteur P. H Castets¹⁰¹, qui déclare : « il faut battre l'UNR », ce qui ne l'empêchera pas d'écrire plus tard « Bordeaux et l'Aquitaine doivent approuver le Premier ministre »¹⁰², mais il avait alors intégré l'équipe municipale du maire de Bordeaux.

La deuxième série d'éléments qui peut conforter le caractère syncrétique de l'identité partisane proposée par ce parti réside dans les fluctuations qui ont accompagné ses rapports avec les différentes tendances allant de la SFIO au courant centriste incarné par le MRP puis le Centre démocrate. En 1967, la Fédération de la gauche démocrate socialiste (FGDS), une superstructure au-dessus des partis, associe la SFIO, le Parti radical et radical socialiste, la Convention des institutions républicaines (CIR), divers clubs, une partie de l'UDSR. Elle est à la fois une alliance électorale en vue des législatives de la même année et un assemblage doctrinal hétéroclite¹⁰³ qui prend fin en 1969 avec le refus du projet de fusion proposé par la SFIO et la CIR au congrès de Paris.

Jusqu'à la création du Parti socialiste en 1971 et la signature du programme commun en 1972, le Parti radical et radical socialiste se trouve au centre d'une nébuleuse partisane qualifiée parfois de « Troisième force ». L'échec de la tentative de coalition entre la SFIO et le

⁹⁸ *Sud Ouest*, 64, 3 mars 1967.

⁹⁹ *Sud Ouest*, 33, 6 mars 1964.

¹⁰⁰ *Sud Ouest*, 33, 6 mars 1964.

¹⁰¹ *Sud ouest*, 33, 12 mars 1964.

¹⁰² *Sud Ouest*, 33, 5 mars 1970.

MRP¹⁰⁴ contribuera à l'affirmation d'un courant centriste, détaché des alliances avec le Parti communiste. L'ambiguïté radicale demeurera malgré tout puisque certains de ces membres feront partis momentanément du Centre Démocrate¹⁰⁵.

L'effet de ce contexte partisan national sur les identités présentées par les acteurs locaux se fait sentir à deux niveaux. Les alliances électorales locales sont marquées d'une certaine ambiguïté comme on a pu la voir avec le Front démocratique. L'identité individuelle est une incarnation partielle et localisée qui peut structurer la compétition électorale. On verra ainsi le docteur Grenet « radical » s'opposer au gaulliste Thomazo, où des candidats RRS en Dordogne constituer la seule opposition face au PCF là où ce dernier est dominant.

En Béarn, le courant radical incarné notamment par les docteurs Dhers et Ebrard a fondé son assise électorale sur sa position dans le débat entre laïques et conservateurs cléricaux. L'élection du premier en 1951 apparaît comme « un témoignage de l'implantation de la gauche laïque dans le canton d'Orthez »¹⁰⁶. C'est ce qui lui permet de rassembler sur son nom les électeurs ayant voté pour d'autres partis de gauche au premier tour aux cantonales de 1958. Quelques années plus tard, l'élection du docteur Ebrard sera analysée sur des bases un peu différentes puisqu'on y verra une preuve de « la solidité de *l'idée de Troisième force* dans la circonscription d'Orthez–Oloron » et de la « prééminence du parti radical »¹⁰⁷.

Avec ces deux exemples, il n'est pas difficile de mesurer les nuances qui peuvent s'opérer dans l'utilisation des registres. De 58 à 67, les médecins radicaux peuvent encore s'adapter aux différents contextes électoraux grâce à la diversité des positions qu'ils présentent à leurs électeurs tout en ayant la charge d'incarner ce que ces derniers attendent. L'éventail des significations présentables entre le pôle communiste et le gaullisme reste large et ambigu. Les soutiens électoraux reflètent cette ambiguïté. Ainsi pour les élections législatives de 1968 dans la circonscription d'Oloron, le docteur Ebrard qui est opposé au docteur gaulliste Plantier recevra au second tour le soutien de tous les adversaires de l'UDR, qu'ils soient de droite ou de gauche¹⁰⁸.

Par opposition à des partis fortement typifiables comme le Parti communiste (autour de l'idéologie) ou le mouvement gaulliste (par référence à la personnalité du Général De Gaulle), les petits partis politiques comme ceux pouvant être incorporés à une « mouvance centriste, modérée, ou radicale » offrent la possibilité d'une constitution de l'identité politique locale

¹⁰³ S. Sur, *La vie politique en France*, Paris, Domat, 1977, p. 308–309.

¹⁰⁴ S. Sur, *op. cit.*, p. 255.

¹⁰⁵ S. Sur, *op. cit.* p. 313.

¹⁰⁶ AD 64, document U 3961, *op. cit.*, p. 91.

¹⁰⁷ AD 64, document U 3961, *op. cit.*, p. 81

davantage orientée vers la personnalité des acteurs parce que moins la production de sens est claire et plus l'attention se focalise sur la personnalité du candidat.

La scission du mouvement radical résultant de la création de l'union de la gauche n'a eu qu'une influence réduite sur la tonalité modérée qu'entend entretenir le radicalisme depuis le début du vingtième siècle. L'accord signé par le Mouvement des Radicaux de Gauche avec le PS et le PCF peut constituer une altération de cette image. Cependant, le MRG qui est le résultat d'une scission à l'intérieur du PRRS, apparaît aussi comme la frange modérée d'une alliance au sein de laquelle il peut modérer les positions exprimées par ses partenaires. Simplement le courant radical a suivi un axe de séparation identique à celui que connaissait la vie politique française.

La dimension organisationnelle de ce parti n'est pas sans influence sur la constitution des espaces de reconnaissance. En effet, dans la mesure où il valorise les réseaux sociaux centrés sur les personnalités, il légitime un certain type de reconnaissance. L'éligibilité d'une « personnalité » se joue par la reconnaissance d'autres « personnalités ».

Ainsi en Dordogne, les docteurs Lançon, Lagoubie et Cazeau seront rattachés au réseau Bonnet. Nous retrouvons certains médecins à des postes de dirigeants dans des partis de tendance radicale centriste comme le docteur R-G Julien en Gironde¹⁰⁹, le docteur Bernard dans les Landes pour le Mouvement des Radicaux de Gauche, et dans une période plus ancienne le docteur Larrue pour le Centre Démocrate¹¹⁰ et le docteur Auriac pour le Parti Libéral Européen.

Pour conclure sur ce point, nous insisterons donc sur deux éléments qui nous paraissent exprimer l'implication plus ou moins prononcée des médecins dans la mouvance « radicale et radicale-socialiste » souvent rattachée à un « centrisme partisan ». Une production de sens, doctrinaire ou idéologique, qui laisse une part importante à la compétence individuelle en la matière. Une conception de l'agir partisan qui « privilégie le dialogue au conflit »¹¹¹.

Petit parti et identité marquée. L'exemple du Centre National des Indépendants Paysans

Le CDIP, dont le docteur J-G Meyniac est secrétaire départemental, est une structure qui reproduit les principes fondateurs du CNIP. Il est principalement composé d'élus locaux et de personnalités. Sa principale mission est de renforcer des réseaux d'élus en accordant des investitures et des soutiens au moment des élections locales et nationales. Sa texture

¹⁰⁸ AD 64, document U 3961, *op. cit.*, p. 95.

¹⁰⁹ *Sud Ouest*, 33, 4 mars 1970.

¹¹⁰ *Sud Ouest*, 33, 19 septembre 1967 et 19 septembre 1973.

¹¹¹ Professeur L. Lareng, maire-adjoint de Toulouse, *Impact médecin* hebdo n°211.

idéologique marquée d'hostilité au « collectivisme », d'une certaine allergie aux « empiètements de la bureaucratie étatique »¹¹² peut expliquer, en partie, que les membres d'une profession libérale puissent s'y reconnaître. Dans le Lot-et-Garonne, c'est le docteur Lapoujade qui a dirigé le C. D.I.P. En 1993, le docteur L. Brenot, député-maire de Chevigny Saint Sauveur, est vice-président du Centre National des Indépendants et Paysans. En occupant un poste de responsabilité en son sein, un médecin est en position de négociation avec les autres forces partisans pour les différentes élections locales.

Les soutiens apportés par le CDIP : Candidature R-G Julien (1964), P-H Castets (investi, 1964), J. Cougoul (1967, investi), A. Guirriec (1970, soutien), A. Ichard (1964, 1970, soutien).

L'appartenance à l'UDF.

L'identité partisane UDF n'est pas aussi typifiée que peut l'être celle du RPR. On ne retiendra pas ici la nature de ses registres idéologiques qui par définition demeurent dans la généralité thématique et l'imprécision. À la fin des années 70, elle a pu être considérée comme le parti du Président Giscard d'Estaing mais après les élections de 1981, elle est redevenue une structure de composition des petits partis : Parti républicain, CDS, Parti radical. Par le biais de l'adhésion directe, les candidats à une élection pouvaient trouver un positionnement au sein de la Droite sans avoir à prendre parti, au sens propre comme au sens figuré, en faveur de l'une de ses composantes. Se présenter sous une étiquette UDF, c'est pour un médecin accepter d'être situé sur une échelle de bipolarisation tout en conservant une marge d'imprécision qui peut signifier la volonté de ne pas apparaître comme quelqu'un idéologiquement marqué.

C'est au sein de l'UDF que l'on trouve la plus forte proportion de professions libérales dont on sait que la majeure partie est constituée par la profession médicale¹¹³. Au sein du CDS, qui est le résultat de la fusion du CDP et du Centre Démocrate au congrès de Rennes de mai 1976, la part des professions libérales est de 14%¹¹⁴.

Les médecins retrouvent dans les petits partis qui forment l'UDF les dispositions organisationnelles que l'on avait identifiées précédemment dans le PRRS. Ainsi, on peut noter que 92 % des adhérents du CDS et du PR ne consacrent aucun temps aux activités de leur parti¹¹⁵. C'est aussi pour cela que l'on a pu parler d'« inconsistance organisationnelle » des

¹¹² S. Sur, *La vie politique en France*, op. cit., p. 168.

¹¹³ C. Ysmal, *Les partis politiques sous la Vème république*, op. cit., p.215.

¹¹⁴ P. Lévêque, *Histoire des forces politiques en France*, Paris, A. Colin, 1997, p. 285.

¹¹⁵ C. Ysmal, op. cit., p. 213.

partis composant l'UDF¹¹⁶. Nous retrouvons dans les départements d'Aquitaine des médecins aux postes de direction de l'UDF en relevant qu'ils occupent tous une position dans la partie supérieure de la profession médicale. Professeurs de médecine ou chirurgiens, pour Bébéar (Gironde), Guichard et Traissac (Dordogne), Grenet (Pyrénées-Atlantiques). Le docteur Chollet (CDS) dans le Lot-et-Garonne exerçait comme pédiatre alors que le docteur Fleury était médecin biologiste.

La faible densité militante des partis politiques donne aussi la possibilité aux médecins de concentrer leur influence et de pouvoir faire connaître leurs conceptions notamment celles qui touchent les intérêts de la profession. Or détenir une capacité d'expression au sein d'un parti comme le parti républicain permet de bénéficier de ses accès aux instances décisionnelles locales, nationales et européennes.

Cette légèreté de l'organisation couplée à l'importance des réseaux de personnalités semble plus favorable à l'éligibilité locale des médecins.

2.1.2 La reconnaissance par le soutien implicite des structures partisanes

Dans certaines configurations électorales, les médecins n'affichent pas clairement leur sensibilité politique. Est-ce pour autant qu'ils n'entretiennent pas de relations avec les partis politiques ? Nous ne le pensons pas. Mais dans ces circonstances, il apparaît plus commode aux uns et aux autres de ne pas les afficher. L'étude de la configuration électorale permet de comprendre la position relative du médecin candidat.

2.1.2.1 Le soutien implicite objectivé par les contextes électoraux

En faisant appel à la notion de caractère implicite de l'investiture nous tenterons de rendre compte du fait que les médecins candidats que nous étudions font l'objet d'une lecture identique à celle que P. Guillaume propose à propos de leurs confrères du début du siècle. À savoir qu'ils se font élire « sous des étiquettes plus anodines que celles des élus nationaux »¹¹⁷. Cependant l'investiture implicite des partis politiques s'exprime de plusieurs façons.

¹¹⁶ C. Ysmal, *Situations de l'opposition*, Projet n°165, 1982, p. 587-597.

¹¹⁷ P. Guillaume, *Le rôle social du médecin depuis deux siècles*, op. cit., p. 78-79.

Dans la première série de situations nous retrouvons une configuration dans laquelle le nombre et l'identité des candidats font que le médecin ne peut que recevoir les voix d'une partie de l'électorat. Il va se présenter aux électeurs sous une étiquette anodine du type « indépendant », « sans étiquette politique » ou même « apolitique ». Ainsi le docteur Laulom lorsqu'il se présente à l'élection cantonale de Labrit (40) en 1967 est présenté tantôt comme « radical », tantôt comme « modéré ». L'imprécision de ces étiquettes ne vaut pas grand chose pour rendre compte de son positionnement partisan, par contre le fait de savoir qu'il a pour seuls concurrents un membre du PCF et un de la FGDS indique que tous ceux qui ne veulent pas voter pour ces deux candidats ne peuvent porter leurs suffrages que sur son nom. De même que l'unicité de candidature face à un candidat du PCF en Dordogne conduit à focaliser le choix des électeurs sur un nom (voir les situations évoquées plus haut).

Bien évidemment ces configurations électorales sont plus présentes dans la période qui précède la bipolarisation de la vie politique française. Le soutien implicite des partis politiques s'exprime par une étiquette conservant un flou relatif à l'identité partisane du médecin.

C'est ainsi que des médecins apparaissent sous l'étiquette « majorité », puis un peu plus tard « Union de l'opposition » ou « opposition ». Dans tous les cas, l'identité partisane est positionnée par rapport à la bipolarisation mais n'apparaît pas toujours nettement à l'intérieur de la droite. Par les exemples que nous présentons ci-dessous, nous voyons que plus la trajectoire électorale s'affirme et plus l'identité partisane se précise pour certains médecins.

On peut distinguer deux types d'investiture implicite. Selon une première hypothèse que nous qualifions de « benign neglect » des forces partisans, l'appartenance partisane du médecin n'est pas donnée clairement, elle peut être déduite d'une analyse de la configuration électorale. Elle survient au cours d'une élection ou s'établit à l'occasion de plusieurs scrutins de façon régulière, entérinant ainsi le processus de reconnaissance.

Dans la deuxième hypothèse, la candidature du médecin peut faire l'objet d'un soutien de la part des forces partisans alors que celui-ci ne fait état d'aucune affiliation. Par exemple, pour les élections municipales de 1983 à Bergerac, la section locale du RPR s'était prononcée pour la candidature de Mme Traissac, professeur d'anatomie pathologique, alors que celle-ci était soutenue par le CDS mais concurrencée par le docteur Guichard, président départemental de l'UDF¹¹⁸.

Exemples extraits des tableaux annexes sur les configurations électorales lors des cantonales.

¹¹⁸ B. Dogneton, *La politisation des élections municipales en Dordogne*, mémoire DEA, Gouvernement local et administration locale, IEP de Bordeaux, 1983.

Laulom, Labrit (40), 1967, (indépendant) se trouve en concurrence avec le docteur Lugardon (FGDS, sortant, radical en 61), et un candidat PCF. Il est clair que le seul candidat pour qui peuvent voter les électeurs de droite est le docteur Laulom. En 1979, il est présenté comme RPR. En 1985, « opposition unie » pas de concurrent à droite.

R. Fleury, Arcachon (33), « indépendant » en 1967, « majorité » en 1973 (conurrencé par un indépendant), en 1979, il est UDF battu par le RPR Lataillade.

Puyo, Castets (40), « modéré » en 1979 avec un concurrent RPR au premier tour. Réélu en 1985 « union de l'opposition » sans autre candidat de droite.

Harribey, Sore (40) : « modéré » en 1976 face à un PCF et un PS. En 1982, il est « opposition » face à un PCF et un PS.

Guirriec, Saint-Savin (33) : candidat « indépendant » en 1961 face à un RRS(sortant), un UNR, un PCF, un UDCA, un « indépendant ». En 1968, il est élu comme « indépendant » face à un PCF et un FGDS. En 1970, élu « indépendant » face à un PCF et un « indépendant » ancien FGDS. En 1976, « majorité présidentielle » face à un PCF et un PS. En 1982, « opposition » avec un « Sans étiquette », un PS et un PCF, réélu « UDF ». En 1988, « PR », il est battu par le candidat du PS présenté comme « un homme de terrain ».

La variation des identités partisans proposées par certains médecins au cours de la période sur laquelle nous avons réfléchi incite à formuler l'hypothèse suivant laquelle il faut se demander si cette variation n'est pas liée au fait que les étiquettes partisans expriment plus que ce qu'elles nous disent. La signification partisane complexifie le tissu de relations que doit établir l'électeur dans sa décision.

Si l'on se place dans le registre de la sélection du personnel politique local, on observe que l'affiliation partisane des élus se double d'une insertion dans des réseaux de personnalités qui peuvent faciliter l'accession aux mandats locaux. En se référant à la thèse de L. Dussutour¹¹⁹ sur la Dordogne, on s'aperçoit que derrière les structures partisans se dessinent des réseaux où les médecins doivent inscrire leurs trajectoires électives. Chacun de ces réseaux est incarné par une personnalité politique locale bénéficiant parfois d'un héritage politique (A-G. Bonnet), ou représentant une volonté de différenciation partisane (Laforest). Ainsi l'élection du docteur Lançon en 1961 permet-elle de souligner l'influence du courant auquel il se rattache¹²⁰. C'est par rapport à l'existence de ces réseaux que les positions de maire retrouvent

¹¹⁹ L. Dussutour, *Les paradoxes de la notabilisation. Le métier politique en Dordogne depuis la Libération*, thèse pour le doctorat en science politique, sous la direction de A. Mabilleau, université de Bordeaux 4, IEP de Bordeaux, octobre 1996.

¹²⁰ *Sud Ouest*, 24, 14 juin 1961.

une propriété partisane. Quand la vie politique locale est structurée autour de réseaux concurrents chaque mairie a son importance pour la solidité de chacun d'eux. De ce point de vue, la dimension partisane de la vie politique locale est réelle. La position de président de l'association des maires du canton est un lieu stratégique parce qu'elle permet de faire prévaloir un réseau par rapport à un autre pour le mobiliser sur des échéances électorales dont l'apparence partisane est plus ou moins nette.

Les contextes électoraux ont des significations propres qui peuvent entrer dans la décision électorale

Le résultat d'une élection locale peut avoir une incidence sur les rapports de forces entre les forces politiques et le fonctionnement d'une institution qui ne constitue pas l'enjeu direct de cette élection.

Par exemple, lorsqu'on associe le résultat des élections municipales dans les villes appartenant à la Communauté urbaine de Bordeaux à la répartition des pouvoirs entre les différentes forces politiques au sein de cette institution¹²¹. La question se pose à nouveau en 2001, quand la candidature concurrente du docteur R risque de faire perdre la mairie de Gradignan au professeur C, menaçant aussi le rapport des forces au sein de la CUB. Ce qui est évoqué ici pour la Communauté urbaine de Bordeaux est applicable à toutes les grandes villes présentant des enjeux institutionnels de ce type.

Cette interprétation, proposée à la connaissance des électeurs, est également applicable aux élections cantonales. Par exemple, lorsque le journal Sud Ouest du 20 septembre 1988 écrit à propos de l'élection cantonale à Saint-Médard-en-Jalles : « À nouveau dimanche prochain, les électeurs choisiront l'homme et se moqueront du parti. Mais ils donneront surtout une précieuse indication pour les municipales de mars. Quatre communes de la C. U. B dans le même canton : le voilà, le véritable enjeu du scrutin. » Etablir une association de ce type, c'est aussi insister sur la composante partisane de l'identité soumise aux électeurs.

Pour chaque contexte électoral, apparaissent des oppositions et des alliances qui ne reproduisent pas directement la clarté des oppositions partisans. On a déjà vu comment en Dordogne, des médecins pouvaient concentrer sur leur nom l'opposition à l'influence du PCF. Mais dans un département comme les Pyrénées-Atlantiques, c'est l'opposition au Gaullisme qui a longtemps été un des facteurs structurant l'état des configurations électorales. Ainsi, pour les élections législatives de 1968 qui opposent deux candidats déjà élus locaux, le docteur Ebrard, incarnant la « tradition radicale » rassemble sur son nom au deuxième tour

tous les opposants de droite comme de gauche au Gaullisme¹²². Pour le médecin candidat, il faut pouvoir jouer avec ces éléments pour incarner, aux yeux des autres l'adéquation de la personnalité au contexte.

Cette personnalisation permet des alliances électorales implicites reflétant des positionnements individuels que ne laisseraient pas supposer les étiquettes affichées.

Les suites de la guerre d'Algérie conduiront une partie de la droite électorale à voter pour des candidats « modérés » dans le but de faire battre des candidats gaullistes. Cela a particulièrement bien fonctionné pour le docteur Grenet à Bayonne, candidat FGDS aux cantonales de 1967.

En Dordogne, les partis de droite se sont parfois abstenus de présenter des candidats pour faciliter la tâche d'un RRS face à un candidat du PCF. Dans ce département, où l'implantation du PCF était très forte après la deuxième guerre mondiale, le gaullisme se présente « de gauche » ou « de progrès » comme a pu l'incarner le docteur R. Rousseau en Dordogne.

Si la distribution des médecins dans les partis politiques est considérée comme un indicateur d'une reconnaissance des premiers par les derniers, plusieurs observations peuvent être dégagées. Cette reconnaissance n'est pas toujours nette lors des campagnes électorales permettant ainsi la mise en valeur de la personnalité du médecin. Il est possible que les médecins soient plus facilement reconnus par les petits partis parce que les réalités organisationnelles et le syncrétisme idéologique facilitent l'expression de leur individualité. Ils ne souhaitent pas apparaître aux yeux de leurs électeurs comme prisonniers d'une doctrine politique claire et affirmée. Cependant, il faut admettre que depuis le début des années 80 l'engagement partisan de certains d'entre eux s'oriente plus franchement en direction de l'idéologie libérale. Sans doute cette évolution est-elle une conséquence de l'alternance politique de 1981 mais il ne faut pas non plus négliger le souci de défense des intérêts catégoriels de la profession.

2.2 La reconnaissance des structures partisans par les médecins

¹²¹ *Sud Ouest*, 33, 25 février 1989, « L'enjeu de la C.U.B ».

¹²² Document AD 64, U3961, *op. cit.*, p. 95.

La reconnaissance des forces politiques par les médecins recoupe deux champs de réflexion. Le premier conduit à s'interroger sur les modalités suivant lesquelles les médecins adaptent leur engagement partisan à leur projet électif. Le second doit nous permettre de savoir en quoi ils peuvent se reconnaître dans une étiquette partisane.

Ainsi en partant du point de vue du parcours individuel des médecins, nous verrons que leur recours à l'identité partisane les conduit à suivre des trajectoires de cumul des mandats ou à viser des mandats de maire dans des unités urbaines relativement importantes. La détention des mandats locaux peut servir de point d'appui pour la conquête d'un mandat national. Nous constaterons que l'implication partisane s'accompagne d'un engagement dans les compétitions électorales plus précoce. La revendication de l'appartenance partisane s'exerce suivant des modalités qui varient dans le temps. Un médecin peut la soumettre à son électorat de façon claire dès sa première tentative alors qu'un autre ne la laissera transparaître qu'après plusieurs tentatives accomplies sous l'apparence de l'apolitisme. Le positionnement partisan d'un médecin est relatif aux différentes positions adoptées par les autres acteurs politiques

En quoi les médecins peuvent-ils se reconnaître dans une structure partisane ? Plus exactement, sont-ils capables de faire coïncider la perception qu'ils ont de leur identité politique avec une affiliation partisane ?

Nous constaterons sur ce point qu'il existe souvent le désir d'affirmer la prévalence du positionnement personnel. Si des médecins peuvent reconnaître la capacité des forces politiques à contribuer à la constitution de leur identité électorale, il n'est pas certain qu'ils adoptent un point de vue comparable pour ce qui est de la construction de leur identité politique. Nous pouvons comprendre les termes de cette construction dialogique du côté des médecins en nous référant au couple « engagement / distanciation » pour reprendre le titre d'un ouvrage de Norbert Elias. Pour ses militants comme pour ses électeurs, chaque parti politique existe par la production de sens qu'il réalise. Le PCF se caractérise par la présentation d'une idéologie, système d'interprétation capable de relier une analyse du passé à une projection sur l'avenir. En opposition à cela d'autres partis proposent des conceptions fondées sur la négation de l'idéologie, signifiant ainsi une croyance en l'autonomie du sujet dans la construction de ses représentations. Or il nous semble que pour la grande majorité d'entre eux les médecins expriment et manifestent encore cette volonté de se présenter comme indépendants par rapport à la proposition de sens qui leur est faite lorsqu'ils adhèrent à une structure partisane.

2.2.1 L'engagement partisan perçu comme une condition d'éligibilité

En prenant pour objet d'observation les trajectoires individuelles, on se met en mesure d'éclairer les contextes dans lesquels les médecins choisissent d'incorporer à leur identité une dimension partisane. La diversité de ces contextes nous invite à une pluralité de lectures.

Chaque candidat à une élection, lorsqu'il s'inscrit à un parti politique, conserve un double regard : vision instrumentale ou pas, il garde dans sa conscience une représentation de la crédibilité de sa structure partisane dans la configuration nationale et de la part qu'elle peut avoir dans la constitution de l'éligibilité locale. Ainsi lorsque le RPR se montre capable de présenter des candidats dans près de 44 % des cantons en 1982¹²³, il apparaît comme une structure partisane crédible pour celui qui entend s'engager dans un itinéraire électif local. En Aquitaine, l'ancienneté des réseaux SFIO a conféré au courant socialiste une certaine crédibilité pour la course à l'éligibilité.

Reprenons ici quelques exemples pour illustrer notre propos.

Lorsque le docteur Vérité, conseiller municipal de Langon depuis 1971, s'inscrit au Parti socialiste, il sait qu'il ne pourra pas envisager de poursuivre une trajectoire élective sans adhérer à un parti fortement structuré autour de P. Lagorce. On vérifiera l'importance de la section langonnaise du Parti socialiste lors de la désignation du candidat à l'élection législative de 1993, et même en 1997 puisqu'à cette époque le candidat du sud Gironde (B. Castagnet) l'avait très largement emporté chez les militants. C'est une décision de la direction du Parti socialiste qui impose une candidature féminine dans la circonscription au nom du principe de parité. La personne désignée avait obtenu 20 % des voix des militants et elle est l'épouse de M. Trupin qui avait perdu dans sa compétition avec M. Castagnet en 1993.

Ce bref rappel permet de comprendre qu'il existe à Langon une forte structuration partisane du courant socialiste. Dans ces conditions, il ne saurait être question de prendre la succession de P. Lagorce à la mairie ou du docteur J-L. Langlois au Conseil général sans présenter une identité partisane claire tant aux yeux des militants que des électeurs, d'autant que le parti communiste bénéficie lui aussi d'une forte audience. Comprenons bien ici qu'il n'est pas question de s'interroger sur la nature des motivations qui pouvaient animer M. Vérité. Simplement, dans le contexte de syncrétisme idéologique, parfois qualifié de « tradition radicale », incarné par le « socialiste indépendant » M. Langlois ou le PS, M. Lagorce, il ne pouvait faire autrement que d'incarner à son tour cette représentation singulière de l'espace politique local. En même temps, le facteur personnel a pu avoir une influence puisque M. Vérité a une assise familiale réelle à Langon.

L'exemple du docteur Maumont à Sainte-Foy-La-Grande présente des similitudes. D'abord

parce qu'ils apparaissent tous les deux comme des héritiers du leader local : le docteur Vavec M. Lagorce, le docteur M avec M. Lart. (voir Sud Ouest du 5 septembre 1988 où ils figurent côte à côte sur une photo).

Mais P. Lart, leader du PS local, maire de Sainte-Foy-La-Grande et à ce titre président du conseil d'administration de l'hôpital, connaît bien le docteur M puisque celui-ci y a dirigé le service de médecine générale. De plus, il n'ignore pas que lors des élections municipales de 1983, pour sa première candidature, le docteur M a démontré qu'il possédait une légitimité réelle auprès de la population. L'adhésion au PS du futur conseiller général paraît constituer la formule politique la plus pertinente, tant du point de vue de la structure partisane que de celui de l'acteur. Le recours à la contextualité nous permet de comprendre que l'on ne peut limiter nos analyses à l'intentionnalité des acteurs. Chaque contexte est défini par des propriétés qu'il convient de clarifier pour situer la part et la texture de l'intentionnalité des agents. Ces deux exemples illustrent le phénomène de réciprocité entre le projet électif d'un médecin et l'intérêt que les forces partisans peuvent avoir à l'intégrer dans leur stratégie d'accumulation des positions.

L'adhésion d'un médecin à un parti politique alors qu'il a obtenu ses premiers mandats sur la base d'une identification non partisane appelle plusieurs lectures. Du point de vue du médecin, il est possible qu'en se présentant aux partis politiques en ayant assuré sa réussite sur la base de sa personnalité ou sur l'apparence de cette thèse, le médecin tente d'établir un rapport de force qui lui permette de créer les conditions les plus favorables à son adhésion. Si cette dernière est empreinte d'une vision instrumentale, le médecin doit opter pour une force partisane qui lui facilite un positionnement parmi les acteurs politiques locaux présentés comme prééminents.

Si l'on prend l'exemple du docteur P. Chollet à Agen : on peut noter qu'il est élu en 1981 conseiller général d'Agen, prenant la succession du Docteur Esquirol. Dans la droite agenaïse, ce dernier était plutôt proche de J. François-Poncet. Le versant RPR est plutôt représenté par le docteur Aulong qui s'était opposé au docteur Esquirol pour les municipales de 71. Élu « sans étiquette » en 1981, le docteur P. Chollet n'en est pas moins positionné par rapport aux réalités partisans et individuées du site agenaïse et départemental. Son élection comme député en 1986, le conduira à adhérer directement à l'UDF avant d'en devenir le président départemental et d'entrer au CDS en 1992. Pendant la période de domination du site lot-et-garonnais par J. François-Poncet, les positions au sein de la droite ne peuvent se réaliser que par rapport à lui. On peut se demander si un processus comparable n'est pas en train de se

¹²³ A. Lancelot, « Les cantonales de 1982 : la correction », *Projet* n°165, p. 598-608.

mettre en place autour du docteur V, député d'Agen depuis 1997 et maire de cette ville après les municipales de 2001.

L'engagement partisan comme condition de l'éligibilité dépend de la nature des contextes. Parfois, il est perçu comme un préalable à tout itinéraire électif comme on a pu le voir pour le docteur V, à Langon (33), et on pourrait appliquer la même analyse pour celui qui fut son adversaire malheureux aux municipales et aux cantonales, le docteur P.

Il peut aussi être conçu comme nécessaire au cours de la carrière élective d'un médecin lorsque l'état des rapports de forces partisans redonne à ce facteur une dimension structurante dans la vie politique locale.

2.2.2 L'accommodation nécessaire avec les structures partisans

Les rapports entre les médecins et les structures partisans reflètent l'ambiguïté entre l'identité individuée et l'identité partisane. Cette ambiguïté peut être diversement appréciée. Elle se traduit par un jeu permanent entre deux registres : la composition requise et la distanciation affichée.

Pour un médecin comme pour tout autre acteur politique composer avec les structures partisans peut résulter de propriétés contextuelles locales en sachant que celles-ci reproduisent parfois les conditions d'une situation historique nationale. Pour les élections municipales de 1959 et 1965, l'influence des accords consécutifs à la fin de la deuxième guerre mondiale ajoutée à celle de la composition partisane de la quatrième république ont placé des médecins dans des situations d'arbitrage qui ont accentué l'impact de leur personnalité. L'exemple de la ville d'Agen est assez illustratif sur ce point. Lorsque le docteur Esquirol devient maire en 1971, il se trouve à la tête d'une liste intitulée « Alliance des gauches et des démocrates pour l'expansion d'Agen » composée de socialistes, de radicaux et de membres du PCF face à une liste de « droite » dirigée par le docteur Aulong. En 1945, il se trouvait dans la liste d'opposition au docteur Messines qui était composée de membres du PCF. La présence du PCF dans cette ville constituait une contrainte d'éligibilité qu'il convenait de contourner pour être élu.

En 1977, après la rupture avec le PCF, et la liste séparée du PS, quatre listes se trouvent en présence : liste Esquirol, liste Laurissegues (PS), liste Aulong (droite tendance gaulliste), liste Venaud (PCF). Le docteur Esquirol est élu au second tour avec les voix de droite. Il décède en 1981. Cette configuration permet de comprendre comment en 1971, la personnalité

du docteur Esquirol a pu se servir d'une particularité partisane locale (l'influence du PCF) pour contrer l'influence du courant gaulliste.

Le docteur P. Chollet lui succède au siège de conseiller général en 1981, entre sur la liste de G. Ricci pour les municipales de 1983 et devient maire en 1989. Malgré l'accord électoral au sein de la droite, le conflit entre ses deux composantes perdure à travers l'opposition entre P. Chollet et P. Lacaze qui sera tranchée par la réélection de P. Chollet en 1995.

Même si à partir du milieu des années soixante-dix, la bipolarisation induit une intervention plus nette des appareils partisans dans la constitution des listes pour les élections municipales, il demeure des particularités locales qui trouvent leurs racines dans l'histoire de chaque site électoral. S'il y a effectivement des accords au niveau national, pour l'investiture des listes communes dans les villes de plus de 20 000 habitants, comme celui du 5 janvier 1989 entre l'UDF et le RPR, les partis doivent s'adapter localement aux conflits de personnalités et d'intérêts.

Pour les élections municipales de 1995 à Agen, c'est après une médiation du RPR que l'ordre de la liste de droite a pu être constitué. P. Chollet, P. Lacaze, D. Constans apparaissant respectivement au premier, deuxième et troisième rang.

L'exemple du docteur H. Grenet à Bayonne montre assez bien comment les partis politiques ont progressivement pris le dessus sur le caractère individué de sa présence politique. On a déjà vu que lors des élections municipales de 1959 et 1965, il avait su constituer des listes autour de son nom. Mais depuis qu'il a perdu son siège de député en 1967 au profit de B. Marie, il est en concurrence avec le courant gaulliste dans la circonscription de Bayonne. En 1971, B. Marie brigue la mairie de Bayonne, un accord interviendra pour que le docteur Grenet accueille dix membres du RPR sur sa liste. En 1977, l'accord sera de nature identique. En 1983¹²⁴, le docteur Grenet n'envisage de se représenter que s'il y a accord entre le RPR, l'UDF et les démocrates libéraux¹²⁵.

2.2.3 La distanciation affichée

¹²⁴ J. C. Larronde, *Un siècle d'élections municipales à Bayonne de 1884 à 1983*, document A.D 64 U3499.

¹²⁵ Conférence du 30 novembre 1982, à l'Hôtel de ville.

Dans la diversité des contextes à travers lesquels s'exprime cette distanciation, il convient de discerner des variations sur les modalités et celles sur les motivations qui les sous-tendent.

Dans les modalités, cette distanciation se réalise avec des nuances. Par exemple, on a vu que jusqu'à la fin des années 70 des médecins apparaissent sous l'étiquette « modéré », « indépendant » ou « défense des intérêts locaux », alors que l'observation de la configuration électorale dans laquelle ils se présentent permet de déceler les soutiens partisans qui accompagnent leurs initiatives. Lorsque la bipolarisation a joué pleinement, c'est sous des étiquettes « majorité présidentielle » ou « Union de l'opposition » que les médecins apparaissent principalement dans ce que l'on appelle la « droite » de l'échiquier politique. À gauche, l'appartenance au Parti socialiste ou à la mouvance radicale n'est que rarement esquivée. Mais pour paraître différents ces phénomènes présentent des analogies dans le domaine des motivations.

Si à l'image du docteur Dhers, candidat à l'élection cantonale d'Orthez en 1958, des médecins se présentent « en dehors de tout esprit partisan »¹²⁶ c'est pour un ensemble de raisons que l'on pourrait synthétiser en proposant deux lectures. Chacune d'elle renvoyant à l'affirmation d'une position individuée du médecin.

D'une part, ils ne veulent pas apparaître comme prisonniers des appareils partisans, ils veulent être et apparaître libres de leurs décisions.

Ainsi pour les élections municipales de 1983 à Arcachon, le docteur R. Fleury, maire sortant, candidat à sa réélection, signe un accord avec P. Lataillade pour démissionner en 1985 et lui céder le fauteuil de maire. Une partie de l'U. D. F locale est en conflit avec lui car il aurait fait la part trop belle au R. P. R, d'où une troisième liste composée de membres de ce parti. Le docteur Fleury expose la situation ainsi : « J'ai pris cinq U. D. F « en carte » et il voudrait que j'en prenne douze ... Déjà, il a fallu que je me sépare d'amis, que je joue les réducteurs de tête. Je ne pouvais leur donner que quatre à six sièges, c'est-à-dire de 30 à 35 % des voix. Ce n'est pas cher payé, mais ils n'ont jamais dépassé ce score. De toute façon pour moi, la politique s'arrête aux portes de la mairie. »¹²⁷

Le registre de l' « apolitique ambigu » est ainsi une ressource rhétorique qui permet de sortir des difficultés que peut poser l'influence des partis politiques dans la sélection des candidatures.

C'est sur ce registre que le docteur Grenet se fonde pour présenter ses listes en 1959 et 1965. Il suffit de se reporter à un extrait de ses documents électoraux pour chacune des années.

¹²⁶ AD 64, document U 3961, *op. cit.*, p. 92-93.

¹²⁷ *Sud Ouest*, 33, 2 mars 1983.

Election municipale de 1959.

« La liste que nous présentons à vos suffrages est une liste d'union sans caractère politique... Parmi ces candidats, certains sont membres de formations politiques... Il y a aussi des candidats sans attache politique... qui sont fraternellement unis pour se consacrer à leur tâche administrative sans y mêler aucune question de politique partisane. »¹²⁸

Election municipale de 1965¹²⁹.

« pas une seule fois en six ans, nous ne nous sommes divisés sur des questions politiques. Chacun fait abstraction de ses idées politiques ou confessionnelles, notre seul souci a toujours été et sera encore toujours le travail dans l'union. C'est la véritable administration municipale et si j'ai cru devoir élargir ma liste à d'autres personnalités, c'est que je les sais valables et animées comme nous de la volonté de travailler pour la cité, en dehors de toute autre considération. »¹³⁰

D'autre part, ils ne souhaitent pas apparaître comme dépendants ou sous l'influence d'une doctrine. Ce qu'ils refusent c'est moins le contenu d'une doctrine particulière que l'écran de signification qu'elle constitue. L'idée implicitement soutenue est que leur position de médecin leur confère une compétence à comprendre le monde qui leur permet d'éviter le prisme doctrinal. La notion de perspective associée à une position prend ici tout son sens.

En même temps, l'affirmation de cette distanciation par rapport à la donne idéologique est une façon de faire comprendre que l'individu qui la réalise a suffisamment de personnalité pour assumer cette distanciation. Son individualité est ainsi plus marquée. Nous retrouvons dans ces explications ce que nous avons dit à propos des médecins se référant à l'étiquette gaulliste ou socialiste. Dans ce cas, nous sommes plutôt dans l'autre acception de la position : le médecin appartient à une catégorie d'agents qui peut se passer des mécanismes de sélection des candidatures appliqués au plus grand nombre.

Au cours de ses différentes campagnes électorales, le docteur Dalbos a manifesté une volonté constante de distanciation, pas toujours de façon explicite. Par de nombreuses interventions dans la presse locale, il insiste beaucoup sur les soutiens apportés à sa personne, sur les actions déjà conduites ou à mener. Ainsi son appartenance politique n'apparaît que très peu dans la présentation de son identité, la justification de l'administration locale trouvant ici toute sa plénitude.

Même dans le cas d'une affiliation partisane avouée, la distanciation peut être présente.

¹²⁸ AD 64, document U 3499, p. 184.

¹²⁹ AD 64, document U 3499, *op. cit.*, p. 191.

¹³⁰ *Le Courrier* du 10 mars 1965.

Prenons l'exemple du docteur Castagnera, médecin anesthésiste qui exerçait en cabinet et en hôpital, élu maire de Talence en 1983, membre du R.P.R, suppléant de R. Dussart aux législatives de 1978 et de 1981.

Il se présente ainsi : « On m'a étiqueté chiraquien parce que je suis au R. P. R mais les étiquettes ne sont que des miroirs déformants ; je n'ai pas toujours apprécié l'action de Chirac ; par contre je me situe dans l'opposition. Sans problème. »¹³¹

Le docteur Lestage, candidat sur le canton de Villandraut en 1979, en concurrence avec un UDF, un PS, un PCF, relie le rejet de la politisation à un rappel de son identité personnelle : « Pendant 38 ans, j'ai été le médecin de beaucoup d'entre vous... Ayant été médecin de tous, je voudrais être aussi le conseiller général de tous en dehors de toute politique »¹³².

Le docteur Henri Martin, maire de Bazas et fils du docteur Marcel Martin maire de la même ville de 1945 à 1977, déclare avant les municipales de 1983 : « La politisation devient une fin en soi, au détriment des problèmes locaux et donc de la population ... Il s'agit essentiellement de Bazas, de ses habitants, de leurs conditions de vie, de leurs emplois, de réalités concrètes quotidiennes, c'est à dire tangibles, immédiates. »¹³³

Elle peut s'exprimer par un changement d'attitude marquant une rupture avec l'identité partisane, comme le docteur Camino, maire de Cambo en 1960, élu député UNR en 1958, mais qui vote Non au référendum de 1962¹³⁴.

L'autonomie affirmée d'un médecin par rapport à son propre parti peut à terme se retourner contre lui. L'échec du docteur Aulong lors de l'élection cantonale d'Agen en 1994 est attribué à une perte de soutien du RPR lot-et-garonnais en raison de l'attitude trop conciliante que le médecin aurait eu vis-à-vis de J. François-Poncet¹³⁵.

La distanciation implicite comme recherche de la formule électorale locale

Les élections municipales de 2001 à La Teste fournissent un exemple de ce que l'on pourrait appeler l'incarnation d'une formule électorale locale par un médecin. Dans une commune qui vote traditionnellement à droite le succès au deuxième tour de la liste conduite par le docteur A-M, membre du Parti socialiste, peut paraître surprenant. Celui-ci a sans doute bénéficié du travail réalisé par le député socialiste F. Deluga élu en 1997. En tant que conseiller municipal

¹³¹ *Sud Ouest*, 33, 25 mars 1983.

¹³² *Sud Ouest*, 33, 6 mars 1979.

¹³³ *Sud Ouest*, 33, 21 février 1983.

¹³⁴ *Gaullisme et anti-Gaullisme en Aquitaine*, Actes du colloque organisé à l'IEP de Bordeaux, 1989, p. 189-209.

d’Arcachon, il ne pouvait prétendre à diriger cette ville compte tenu du conservatisme électoral qui la caractérise. Or le maire sortant, le docteur Espied ne faisait plus l’unanimité dans une partie de la droite testerine. La mairie de La Teste est un maillon important de la chaîne d’intercommunalité qui relie les villes du Bassin d’Arcachon.

Déjà en 1983, les oppositions partisans et personnelles avaient conduit le docteur Frayssinhes¹³⁶ à se présenter à la tête d’une liste prônant le consensus lorsqu’il déclarait par exemple : « Souffrez que je cite Sud Ouest, sous la plume de Gabriel Delaunay, quand il constate que tout politiser est une aberration qui affaiblit un pays et risque de le perdre. Politiser la commune est une faute. Alors oui ma candidature peut passer aux yeux de certains, pour je ne sais quel règlement de comptes. Il n’en est rien. Je dis seulement : assez d’affrontements idéologiques stériles, assez de politique politicienne, apprenons enfin à vivre ensemble pour le bien de chacun et de tous. On me pronostiquait écrasé entre deux blocs. La pluralité de ma liste témoigne de sa bonne santé. Les gens las des querelles partisans se rallient à ma famille d’entente, car c’est la solution de l’efficacité et du bon sens. »¹³⁷

Le succès du docteur A-M, aux élections municipales de 2001, résulte peut être du fait qu’il a su reproduire cette position, par rapport au débat électoral, en proposant une liste ouverte à des personnalités peu marquées d’une empreinte partisane, et en ne revendiquant pas lui-même son appartenance au Parti socialiste pour la direction de sa liste. C’est à partir de la mise en évidence de ses qualités personnelles de tolérance et de sérieux qu’il a pu convaincre une partie des indécis. D’une certaine façon en insistant sur sa volonté de dialogue et son sens du compromis, il prenait le contre-pied de l’image qu’avait donnée de lui le docteur E. Dans cette situation, sa notoriété de médecin a eu une influence certaine même s’il est difficile d’en mesurer les effets en termes de pourcentage de voix. C’est le recours argumentaire au registre de « la gestion locale non partisane » qui facilite la réalisation de ce type de projet électif.

De ce point de vue, la formule électorale du docteur A-M en 2001 est comparable à celle du docteur Grenet des années 59 et 65. Quand les oppositions personnelles et partisans rendent la situation problématique, la décision électorale se fait, marginalement mais de façon déterminante, sur les qualités personnelles incarnées par le médecin et l’identité professionnelle constitue une ressource d’éligibilité.

¹³⁵ M-A. Montané, *Leadership politique et territoire. Comparaison intermédiaire de trois configurations départementales*. Thèse pour le doctorat en science politique, IEP de Bordeaux, université de Bordeaux 4, 1999, p. 489

¹³⁶ En 1983, les docteurs Espied, Acot-Mirande, et Frayssinhes travaillent à l’hôpital Jean Hameau de La Teste.

¹³⁷ *Sud Ouest*, 33, 23 février 1983.

Les relations que les médecins entretiennent dans les contextes électoraux locaux avec les structures partisans sont donc entachées d'ambiguïté par la tension permanente qui s'établit entre la volonté de préservation de l'identité individuée et la nécessité de s'adapter au cadre d'expérience que constitue la sélection du personnel politique local. Cette tension se constitue dans deux domaines.

Dans celui de la production de sens politique, il nous semble que les médecins entendent privilégier leur autonomie de pensée pour deux raisons :

D'une part, ils acceptent difficilement de se conformer à une vision du monde pré-établie. Ce refus s'explique par la conscience qu'ils ont de leur compétence en la matière. En effet, l'acceptation de se tenir à une norme idéologique conduit à relativiser la part d'interprétation personnelle dans la construction du monde. Cela concerne aussi l'identité que chaque médecin entend soumettre à ses électeurs en se présentant comme « candidat non inféodé à un parti, libre de tout assujettissement à un système »¹³⁸. Mais ce refus de la « rigidité des schémas théoriques »¹³⁹ s'explique aussi par le souci d'apparaître comme un acteur politique pouvant discuter avec le plus grand nombre. Le refus de la construction partisane repose sur l'idée que « chaque système se veut exclusif »¹⁴⁰.

D'autre part, il y a aussi l'idée que la rigidité des schémas théoriques n'est pas pertinente pour l'efficacité de l'action politique d'où la référence souvent faite au pragmatisme¹⁴¹. Ici la posture adoptée par les médecins s'accorde avec une conception de l'apolitisme local. Cet accord peut être un facteur explicatif à la présence quantitative des médecins dans les institutions locales.

Si nous nous référons à présent à l'univers du personnel politique local, nous constatons que les médecins ont une certaine difficulté à se conformer aux règles d'un monde de plus en plus professionnalisé. Ils peuvent difficilement abandonner leur activité professionnelle pour y participer dans les mêmes conditions que les autres acteurs politiques. Ils ont parfois du mal à accepter que le fonctionnement des structures partisans leur impose des décisions qui ne vont pas dans le sens de leurs options.

Conclusion

L'observation des données empiriques sur les médecins élus locaux entre 1959 et 1989 a conduit à adopter le point de vue d'une lecture différenciée pour en rendre compte. C'est ainsi

¹³⁸ Docteur Calès, profession de foi pour l'élection cantonale de mars 79, *Sud Ouest*, 40, 7 mars 1979.

¹³⁹ Propos de M. Barzach, rapportés par A. Collovald et B. Gaïti, « Discours sous surveillance, le social à l'Assemblée », dans D. Gaxie, *Le social transfiguré. Sur la représentation politique des préoccupations sociales*, *op. cit.*, p. 30.

¹⁴⁰ Docteur Calès, *ibidem*.

que dans un premier temps, nous avons consacré notre réflexion à ce qui constitue la majeure partie de notre population, les médecins ne détenant qu'un mandat local. Il n'est pas apparu pertinent de rester sur une interprétation unilinéaire pour rendre compte de la diversité des situations locales. L'espace de reconnaissance qui permet l'élection d'un médecin généraliste en milieu rural n'est pas identique à celui qui s'exprime dans la désignation d'un professeur de médecine dans une grande ville. Il faut donc distinguer les espaces de reconnaissance au fur et à mesure que s'expose la personnalité des médecins. Cependant, le cas des médecins détenteurs d'un seul mandat nous fournit une première ligne d'interprétation sur les conditions d'éligibilité de médecins élus locaux : la profession de médecin induit une identité électorale centrée sur l'individualité et sur ses rapports étroits avec le territoire. Parfois, on peut se demander s'il n'y a pas une relation symbiotique entre l'individuation de l'identité électorale du médecin et l'incarnation de la singularité du territoire qu'il représente. Bien entendu, cette lecture ne s'applique pas à tous les médecins ne détenant qu'un mandat local. Nous avons vu que dans certains contextes électoraux et suivant la personnalité des médecins d'autres facteurs peuvent entrer en ligne de compte. Le socle de reconnaissance sur lequel repose l'éligibilité des médecins élus locaux est constitué d'espaces de reconnaissance centrés sur la personnalité du médecin.

Cependant cette analyse ne permet pas d'aborder les contextes électoraux dans lesquels les médecins doivent s'exposer à des espaces de reconnaissance plus étroitement liés au fonctionnement d'une démocratie représentative.

C'est pourquoi nous nous sommes interrogé sur les relations qui s'établissent entre l'identité partisane des médecins et leur identité électorale. Notre hypothèse était que les structures partisans ont toujours une influence sur la désignation des candidats à une élection, mais ce sont les modalités d'expression de cette influence qui varient suivant les contextes. Il semble que les médecins construisent leur identité politique sur la recherche d'un compromis entre l'affirmation de leur individualité et l'engagement dans une perspective collective du politique. C'est en ce sens que nous avons observé les différentes modalités de distanciation qu'ils pouvaient adopter suivant les contextes électoraux ou leur projet électif. La détention des positions d'influence au sein des partis politiques et l'autonomie par rapport à la production de sens qu'elles proposent peuvent illustrer cette ambiguïté. Même dans les contextes où les partis politiques sont conduits à intervenir, l'identité électorale des médecins conserve toujours une part d'individuation prononcée. L'engagement partisan des médecins est, de ce point de vue, en continuité avec ce qui reste au cœur du cadre d'expérience

¹⁴¹ A. Collovald et B. Gaiti, *ibidem*.

professionnel pour la majorité d'entre eux : l'affirmation de l'autonomie du sujet. Le rapport ambigu que les médecins entretiennent avec l'univers partisan pose une question importante concernant la différence qui peut s'établir entre l'engagement partisan d'un acteur politique vécu comme une position et l'identité qui peut lui être attribuée relativement à cette position. Percevoir l'identité partisane d'un individu n'est pas la même chose que de comprendre les termes exacts dans lesquels un individu construit sa position partisane.

Dans cette première partie, il était question de retrouver les lectures adéquates d'une réalité hétérogène, l'identité électorale des médecins élus locaux. Il faut maintenant envisager en quels termes peut s'analyser l'articulation entre la compétence de médecin et celle d'élu. Outre une reconnaissance des identités, la décision électorale repose sur une légitimation par la compétence.

DEUXIÈME PARTIE

DES MÉDECINS ÉLUS LOCAUX AUX ÉLUS LOCAUX MÉDECINS

Cette deuxième partie a pour objet d'étudier la participation des médecins élus à l'agir public local. Le recours à la notion d'agir public local se justifie de plusieurs façons. Sur le territoire départemental comme sur le territoire communal les actions publiques font intervenir les institutions locales et les administrations déconcentrées de l'Etat. Parfois, les dispositifs d'action reposent sur la collaboration des ces deux familles d'acteurs. Des acteurs privés s'inscrivent dans ces dispositifs en contribuant à la construction sociale des perspectives initiées par les acteurs publics. L'agir public local désigne un cadre d'expérience dans lequel des acteurs publics et privés essaient, par leurs contributions singulières, de construire collectivement les orientations définies par les actions publiques.

Si la situation électorale est un moment où les électeurs s'expriment sur l'identité des médecins candidats, elle constitue également une phase d'observation de la capacité des candidats à participer à l'agir public local à partir de positions d'élus qu'ils tentent d'obtenir. Les contextes territoriaux étant d'une très grande diversité, les compétences attendues des acteurs et des institutions sont, elles-aussi, variables. Les médecins sont élus municipaux dans des villes qui varient par leur taille et donc par la densité de l'agir public qui s'y développe. Ils sont conseillers généraux en occupant une diversité de positions au sein de l'institution départementale et dans des proportions qui varient entre 10 et 30 % suivant les époques et les départements. Il s'agit d'un élément de permanence. Mais cette réalité pérenne doit-elle conduire à penser que l'investissement des médecins dans l'agir public local n'évolue pas ? Ce n'est pas certain. Ne faut-il pas relier l'implication des médecins élus locaux aux changements qui affectent les contextes institutionnels dans lesquels ils se trouvent engagés ? Des éléments de réponse peuvent être apportés en précisant les lignes de notre cadre d'analyse. L'accession d'un médecin à un mandat local peut s'interpréter comme le résultat d'un processus de désignation à plusieurs degrés. Des électeurs choisissent des candidats dont ils supposent qu'ils sont capables de s'inscrire dans le fonctionnement des institutions pour lesquelles a lieu l'élection. Par un processus différent, ce sont des élus qui choisissent des médecins pour occuper des positions particulières au sein de ces institutions : adjoints, présidences de commissions départementales, vice-présidences du Conseil général, pour les plus visibles. Sur quels critères peuvent s'établir ces opérations de désignation ? Elles peuvent être conçues suivant un schéma de mise en équivalence, parfois explicite et souvent tacite,

entre une représentation de l'agir sédimenté dans l'identité individuelle qui correspond à la compétence attribuée à un individu et, les prescriptions associées à la position à laquelle il prétend accéder. En choisissant un candidat, les électeurs formulent un jugement sur sa capacité à s'inscrire dans les compétences du pouvoir institutionnel qu'il soit conçu comme producteur d'une « capacité transformatrice » ou jugé du point de vue de son « efficience ». Dans ce cas, peut-on définir ces différentes formes de pouvoir local à partir des seules prérogatives institutionnelles ? En utilisant la notion d'agir public local nous avons apporté une première réponse à cette question. Le pouvoir local, dans l'espace départemental comme dans le territoire communal, peut être conçu comme un cadre d'expérience dans lequel les acteurs interprètent les prérogatives institutionnelles. Notre réflexion s'inscrit dans une perspective constructiviste. La notion d'agir public local se précise dès l'instant que l'on confère à une institution politique le pouvoir d'intégration et de régulation du cadre alors que d'autres acteurs peuvent s'inscrire dans les actions initiées par elle. En la matière, nous ne pouvons que constater les changements qui ont affecté ce cadre au cours de ces quarante dernières années. Comment ne pas adapter ce constat à la compétence des agents qui s'y impliquent ? La compétence des élus locaux dépend du cadre d'expérience dans lequel elle s'exprime. Elle se constitue chez chacun d'eux par l'accumulation des positions qui donne une connaissance des prérogatives institutionnelles et des pratiques que les agents développent pour les transformer en agir collectif.

Sur la base de cette perspective de lecture, comment aborder l'implication des médecins élus locaux dans l'agir public local ?

Deux observations préalables doivent être présentées : certains médecins élus locaux s'attribuent, dans leurs déclarations, une compétence dans le domaine sanitaire et social ; d'autres sont souvent positionnés dans ce secteur lorsqu'ils sont élus municipaux ou départementaux. Il y a donc des acteurs qui se positionnent dans un secteur de l'agir public local parce que celui-ci offre une perspective qui peut les accueillir. De façon complémentaire, il existe un courant d'analyse qui se propose d'étudier la continuité éventuelle entre des formes de compétence associées à des positions différentes. Nous pouvons donc étudier une partie de la population concernée par notre recherche à partir d'une hypothèse de continuité des compétences dont il conviendra d'éclairer les constituants pour en déterminer la portée.

Pour autant, les médecins élus locaux n'entrent pas tous dans ce schéma d'analyse. Certains s'investissent dans des secteurs autres que l'action sanitaire et sociale, d'autres occupent des positions de maire, des présidences et des vice-présidences dans les Conseils généraux.

D'autres enfin cumulent des positions en accumulant des mandats. Chacune de ces positions offre une perspective singulière et permet de développer un agir spécifique.

Notre démarche se décomposera en deux axes d'interprétation.

En suivant le premier, chapitre 3, nous réfléchirons sur l'entrée des médecins dans le cadre d'expérience politique local par un secteur particulier de l'agir public local. Nous essaierons de montrer, à travers la pluralité des contextes d'expérience de la continuité des compétences, la portée et les limites de cette hypothèse.

En nous inscrivant dans le second, chapitre 4, nous montrerons que, s'il y a une stabilité de la présence quantitative des médecins dans les différentes positions électives proposées par les collectivités locales, la compétence qu'ils doivent mettre en œuvre varie suivant la nature des contextes dans lesquels ils se trouvent impliqués.

CHAPITRE 3

DE LA COMPÉTENCE DE MÉDECIN À LA COMPÉTENCE D'ÉLU

Le point de départ de notre réflexion s'établit sur le constat suivant lequel des médecins, déjà élus ou non, font état dans leurs discours de campagne de leur capacité à traiter les questions sanitaires et sociales. Les positions occupées, par certains d'entre eux dans les institutions politiques locales peuvent s'inscrire dans le prolongement de cet argument. Ce dernier est également présent dans une partie des entretiens que nous avons recueillis. Mais il faut remarquer que les médecins qui ont recours à ce registre en utilisent d'autres et occupent d'autres positions dans les différents moments de leurs trajectoires électorales. Il s'agit donc d'une réalité humaine assez fluctuante à travers le temps et l'espace. C'est pourquoi nous avons adopté un système de présentation en forme de lecture qui, dans la construction de ses objets, n'entend pas ignorer la variabilité des réalités sociales désignées.

Cet ensemble de discours et de positions traduit une hypothèse implicite que nous interprétons en terme de continuité des compétences entre celle de médecin et celle d'élu. Remarquons que cette hypothèse est parfois soutenue par d'autres acteurs que les élus. Il convient d'envisager les questions qu'elle pose.

Que peut signifier cette continuité des compétences du point de vue de la structuration du sujet ? Plusieurs analyses sont possibles.

Il existe un courant d'interprétation qui entrevoit des liens entre la compétence professionnelle des élus et les modalités de leur investissement dans l'agir public local. Ainsi, « des milieux professionnels véhiculent des savoirs et des connaissances qui prédisposent à comprendre le métier politique ou à s'y intéresser »¹ parce que « le fait que le travail professionnel exige ou développe des compétences qui peuvent être transférées vers le politique est donc un facteur important de sensibilisation »². Max Weber avait utilisé cette lecture à propos des avocats³. Prolongeant cette logique, il est possible de soutenir qu'« en devenant conseiller général, l'enseignant, le notaire, le médecin, le technicien, le cadre

¹ P. Braud, *Le jardin des délices démocratiques*, Paris, Presses de la FNSP, 1991, p. 178-179.

² P. Braud, *ibidem*.

³ M. Weber, *Le savant et le politique*, *op. cit.*, p. 127 et 128. Voir également, R. Dorandeu, « Les métiers avant le métier », *Politix* n°28, 1994, p. 27-34.

commercial ont une vision du monde marquée par l'exercice de leur métier. La rationalité politique qu'ils privilégient n'est pas sans rapport avec les schémas de pensée qu'ils ont intériorisés dans leur vie professionnelle »⁴. Comment une recherche de science politique peut-elle montrer que « chaque profession développe des compétences spécifiques susceptibles de peser sur les orientations de l'action publique »⁵ ? De quelle façon allons-nous argumenter pour signifier que « le médecin apportera son sens clinique des situations », comme « le notaire son sens des affaires, sa connaissance du droit et de la fiscalité, l'enseignant son expérience de la pédagogie dans l'exercice de la communication politique, l'ingénieur son pragmatisme et son intelligence des problèmes techniques, le commercial sa capacité à créer des outils de gestion financière » ?⁶

Cette argumentation fait aussi partie du sens commun comme l'atteste M. Crichton lorsqu'il indique : « la médecine m'a donné un champ d'expertise qui m'a beaucoup servi, et un rythme. Je pense que mon sens de la scansion narrative vient de la salle d'urgences... »⁷. La thèse de la continuité des compétences est aussi un discours ordinaire de la construction de soi.

Du point de vue de l'interprétation, ce type d'argument ne repose-t-il pas sur « un effet habitus » si la profession est susceptible de générer un de ces « systèmes de dispositions durables et transposables, structures structurées prédisposées à fonctionner comme structures structurantes, c'est à dire en tant que principes générateurs et organisateurs de pratiques et de représentations qui peuvent être objectivement adaptées à leurs buts sans supposer la visée consciente des fins et la maîtrise expresse des opérations nécessaires pour les atteindre... »⁸ ?

La difficulté présente porte sur les modalités d'objectivation de cette lecture. Quels sont les faits qui peuvent la fonder ?

Mais cette continuité peut aussi être comprise comme une complémentarité des compétences, voire une compatibilité, dans le prolongement des interrogations formulées par L. Milbrath :

- « Le travail offre-t-il des opportunités d'agir politiquement ?
- La situation professionnelle devient-elle vulnérable si celui qui l'exerce s'engage politiquement ? »⁹.

La proposition de Max Weber suivant laquelle « le médecin n'est pas non plus disponible et il l'est d'autant moins qu'il est plus éminent et qu'on vient le consulter plus

⁴ J-C. Guyot, F. Vedelago, *Les élus et le social. Le cas de l'Aquitaine et des ses conseillers généraux*, Bordeaux, Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine (MSHA), 1994, p. 166.

⁵ J-C. Guyot, F. Vedelago, *op. cit.*, p. 166.

⁶ J-C. Guyot, F. Vedelago, *ibidem*.

⁷ M. Crichton, *Le Monde*, 1^{er} décembre 1995.

⁸ P. Bourdieu, *Le sens pratique*, Paris, Ed. de minuit, 1980, p. 88.

fréquemment »¹⁰ conserve-t-elle toujours sa pertinence ? Il est concevable de l'adopter à condition de rester dans la conception différenciatrice du corps médical qui est la nôtre depuis le début. La question de la compatibilité ne peut être abordée qu'en rapportant les propriétés singulières des conditions d'exercice professionnel à la nature des mandats occupés. Il existe des médecins qui cumulent des mandats.

La question de la continuité des compétences doit être envisagée relativement aux contextes dans lesquels elle est mise en question.

À l'occasion d'un scrutin, ce sont les électeurs qui l'apprécient. Sur quelles bases peuvent-ils la concevoir ? Notre hypothèse est qu'ils réalisent, de façon tacite ou non, une mise en équivalence entre ce qu'ils savent de la compétence d'un médecin et ce qu'ils attendent de sa participation à l'agir de l'institution pour laquelle se déroule l'élection. Existe-t-il dans les institutions publiques locales un secteur permettant à cette continuité de s'exprimer ?

Des éléments de fait permettent de répondre affirmativement. Il existe dans les communes comme dans les départements un secteur plus ou moins important concernant la santé. Dans le chapitre 1, il a été montré qu'il existe une imbrication possible entre le social et le sanitaire comme le prouvent les discours des médecins élus dont il est fait état. Mais cette relation entre le sanitaire et le social a deux faces : tantôt elle est construite dans le sens de la séparation, tantôt elle se définit dans le sens d'une imbrication prolongeant ainsi une conception de la santé. La diversité des contextes permet d'éclairer la construction sociale de ces relations.

Il faut donc s'interroger autant sur les propriétés du cadre d'expérience qui accueillent la continuité que sur cette dernière. Cela est d'autant plus important que dans ce contexte se joue une deuxième étape de reconnaissance de la continuité : celle des élus.

L'identification de ce cadre n'est possible qu'à travers une compréhension des contextes dans lesquels il s'actualise. À ces contextes, sera appliqué le questionnement suivant : quelles sont les limites institutionnelles imparties à l'agir des institutions locales ? Comment varient-elles dans le temps ? Quelles sont les interprétations produites à partir des compétences prescrites ? Les collectivités locales sont-elles les seuls acteurs intervenant dans l'agir public local ? L'action publique produite découle-t-elle uniquement des compétences prescrites ? Comment se construit l'agir produit dans le cadre ?

Les réponses à ces interrogations sont partiellement liées à ce qui a été dit dans le chapitre 1. La position de la profession médicale résulte des interactions entre le système de protection

⁹ Political participation. How and why people get involved in politics, Chicago, Rand Mac Nally, 1977, p. 86.

¹⁰ M. Weber, *Le savant et le politique*, op. cit., p. 113.

sociale et l'institution médicale. L'activité professionnelle du médecin lui donne la possibilité d'établir des relations entre le sanitaire et le social. Une partie du langage de la médecine permet de conférer une labellisation médicale à des réalités sociales.

Ces analyses s'appliquent à l'espace local dans les particularités qui sont les siennes.

La position des médecins élus locaux est liée à l'existence d'une perspective socio-sanitaire locale dans laquelle se trouvent impliqués des acteurs institutionnels et non institutionnels. Il convient donc de rapporter l'hypothèse de continuité des compétences aux variations de ce cadre d'expérience.

Notre réflexion se développera en trois étapes.

Dans un premier développement, nous présenterons la thèse de la continuité à travers les usages rhétoriques dont elle peut faire l'objet en essayant de reconstituer les lignes de sa rationalité.

Ensuite, la thèse de la continuité des compétences sera étudiée dans le contexte antérieur à la décentralisation.

Puis, nous verrons que dans le contexte postérieur à la décentralisation les propriétés du cadre d'expérience de la continuité varient. Cette évolution nous permettra de préciser les limites et la portée de notre hypothèse.

1 LE DISCOURS D'UNE POSITION

Les discours des médecins élus locaux qui insistent sur leur légitimité à agir dans le secteur sanitaire et social constituent une actualisation partielle de la position sociale de la profession médicale. Les médecins élus locaux adoptent la perspective définie par la position sociale de leur profession, perspective qui est elle-même actualisée dans le cadre d'expérience de l'agir public local.

Lorsqu'ils entrent dans ce type de schéma, ces médecins s'inscrivent dans un continuum historique de significations et de pratiques sociales. Les discours que nous présentons sont aussi le produit d'une histoire politique et sociale d'un pays qui, depuis la deuxième guerre mondiale a accéléré l'intégration institutionnelle des secteurs de la santé et du social, conférant ainsi dans le champ des représentations sociales un caractère naturel à cette articulation. Le fait que des médecins utilisent des registres qui s'y réfèrent n'est donc pas

étonnant en soi, ils expriment dans leur discours l'intériorisation d'un système de significations et de pratiques sociales qui trouve sa place dans l'espace local.

Par leurs déclarations, ces médecins élus accréditent implicitement l'idée d'une articulation naturelle entre le sanitaire et le social dont nous verrons que, sur le terrain local, elle pose parfois des questions.

Bien entendu notre présentation ne saurait être considérée comme représentative des opinions du plus grand nombre de médecins élus locaux. Elle constitue l'illustration d'une lecture que nous tenterons d'appuyer par des exemples de nature différente.

1.1 Un registre de légitimation mobilisé dans contextes différents

Nous considérerons ici la thèse de la continuité comme un des registres de légitimation utilisés par des médecins élus locaux en des circonstances diverses. En l'utilisant, un médecin tend à se singulariser parmi les élus locaux. Il le fait en activant dans l'espace local la position d'articulation entre le sanitaire et le social que l'histoire a établi au profit de la profession médicale, et en se référant à quelque chose de plus spécifique à un médecin élu local, qui est sa relation privilégiée avec la population. Il s'en sert comme élément de différenciation de la compétence en soulignant, par exemple, « la qualité de son regard clinique plus efficace que la vision théorique du conseiller général enseignant »¹¹.

Pour illustrer notre démarche, nous avons choisi de citer trois types de déclarations. Les propos des médecins émis lors de campagnes électorales constituent le premier ensemble. Les réponses au questionnaire fournies par les médecins qui ont participé à l'enquête forment le deuxième ensemble. Les propos formulés par des médecins hors des deux contextes précédents composent le dernier groupe d'arguments étayant notre analyse.

1.1.1 L'utilisation du registre dans les campagnes électorales

Au cours des campagnes électorales, des médecins font état de ce que nous avons appelé la continuité des compétences. Ils ne sont pas les seuls. Cet argument peut être utilisé par un acteur politique non-médecin qui apporte son soutien à la candidature d'un médecin comme le

¹¹ J-C. Guyot, F. Vedelago, *op. cit.*, p. 117.

fait le député Lagorce lorsqu'il appuie la candidature du docteur Cadi en invoquant la connaissance du terrain induite par son activité professionnelle¹².

De plus, les différentes présentations de cette continuité expriment des conceptions qui pour être proches n'en sont pas pour autant assimilables les unes aux autres. Parfois un médecin exprime cette continuité sur le ton de la généralité en déclarant comme le docteur Bobet¹³ en 2001 : « j'ai pensé que c'était le meilleur moyen de continuer mon métier de médecin en ouvrant la porte beaucoup plus grande... »¹⁴

Toutefois, ce type de propos ne permet pas de discerner les conceptions de la compétence que les médecins, cités ici, présentent dans leurs arguments. Un effort d'interprétation s'impose pour retrouver les différentes nuances qui apparaissent dans les discours. Elles fournissent des indications sur la qualification de la compétence que les médecins s'attribuent implicitement ou explicitement à travers leurs présentations discursives.

De plus, ce type d'argumentation doit être rapporté au contexte électoral et à l'itinéraire électif du médecin.

1.1.1.1 La continuité des compétences : une rhétorique riche de nuances

L'intérêt porté aux propos de campagne tenus par des médecins réside dans le fait que le contexte électoral inscrit l'argumentation de la continuité des compétences dans une démarche de légitimation. Cependant les discours présentés ici reposent sur une conception de la compétence associée au rôle de médecin qui est assez ambivalente. Elle peut s'interpréter comme la connaissance de son milieu de vie que le médecin se forme grâce à son activité professionnelle. Il s'agit alors d'une compétence induite présentée sur le mode implicite. Elle peut aussi correspondre à la connaissance des questions sanitaires et sociales qu'il s'attribue. Elle associe explicitement l'action passée ou à venir du médecin à un secteur institutionnel.

Exemples de référence à la compétence implicite

Docteur J.L Brunet¹⁵, élection cantonale de 1982 à Nérac (47) :

« Ce canton dont je suis professionnellement, le témoin privilégié » ou encore « grâce à la rencontre individuelle et quotidienne des uns et des autres, attentif, à l'écoute de tous.. »

¹² *Sud Ouest*, 33, 15 mars 1979.

¹³ Conseiller municipal du Bouscat depuis 1989, il est devenu maire de cette ville en 2001.

¹⁴ *Sud Ouest*, 33, 8 février 2001.

¹⁵ *Sud Ouest*, 47, 3 mars 1982.

Dr Doumax, liste d'opposition au maire sortant, élections municipales de Marmande, 1965 : « Mon nom et mon équipe sont un label de qualité ». « Cette neutralité en apparence passive, m'a permis pendant de longues années d'exercice de ma profession d'aborder toutes les classes de la société, de connaître leurs besoins et leurs problèmes, et, tant sur le plan physique que moral, de les étudier, de les comprendre, de mieux les apprécier, et de toujours essayer de trouver en coopération une solution quand elle était possible. »

Docteur D. Castaing, cantonale du Mas d'Agenais, 1982 : « Ma profession de médecin, grâce aux contacts journaliers que j'ai avec vous, m'a permis de saisir les différents problèmes que vous rencontrez »¹⁶.

Docteur Laulom, cantonale de Labrit (40), 1985 : « Placé par mon métier au cœur même des souffrances et des difficultés de chacun, rôdé à la gestion d'une collectivité par 32 ans de vie municipale, j'ai essayé de donner le meilleur de moi-même à ma fonction de conseiller général »¹⁷.

Docteur Pierre Morel¹⁸, cantonale de Tournon d'Agenais, mars 1976 :

« Tout au long de ces années, vous avez pu me juger et apprécier mes actions en tant que citoyen, médecin, maire et conseiller général ».

La référence à la compétence explicite.

La revendication d'une compétence s'accompagne d'une qualification de son contenu et de sa mise en relation avec la partie institutionnelle de la perspective socio-sanitaire.

Docteur Estivals¹⁹, élection cantonale de Tartas, 1979, candidature « socialiste indépendant » : « Diplômé de médecine du travail, j'apporterai au sein de l'assemblée départementale, ma contribution personnelle et constructive dans les problèmes de l'hygiène et de la santé, dans l'aide aux personnes âgées, aux handicapés, ainsi qu'au développement de la médecine préventive scolaire et du travail (que l'électeur sache que ce seul chapitre représente 45 % du budget du département) ».

¹⁶ *Sud Ouest*, 47, 11 mars 1982.

¹⁷ *Sud Ouest*, 40, 6 mars 1985.

¹⁸ *Sud Ouest*, 47, 3 mars 1976.

¹⁹ *Sud Ouest*, 40, 16 mars 1979.

Parfois le médecin exprime sa compétence en proposant une mesure technique adaptée à la résolution d'une situation problématique qu'il connaît grâce à son métier.

Docteur J. A Lachaize²⁰, élection cantonale de Bordeaux II, 1979 :

« Mon activité professionnelle me fait mesurer tous les jours l'importance des mesures à prendre pour le troisième âge. Il est indispensable d'instaurer un revenu minimum décent, de développer l'aide à domicile (l'aide ménagère mais aussi l'aide médicale qui, seule, peut éviter une hospitalisation souvent catastrophique). »

La connexion entre la compétence de médecin et les questions sociales est parfois exprimée de façon explicite. La compétence associée au rôle professionnel est présentée parallèlement aux engagements sociaux qu'elle semble avoir induits. Il faut peut être voir l'expression de ce que nous avons appelé l'extensivité de la compétence de médecin : une connexion directe avec des activités considérées comme adjacentes. La perspective associée à la position sociale de la profession médicale réapparaît à travers l'interprétation que certains médecins donnent de leur rôle. Le langage médical permet une ouverture sur les questions sociales. L'énoncé de cette compétence connote l'aptitude à investir un secteur particulier de l'administration départementale.

Docteur Y. Buffet²¹, candidature PS, cantonale de 1979 à Talence : « Ma profession de médecin généraliste, mes activités dans un dispensaire, dans une maison de retraite, mon travail de responsable municipal à l'aide sociale et aux crèches familiales m'ont permis d'avoir des contacts directs et amicaux avec les familles, les enfants, les personnes âgées, et de bien saisir dans leur gravité les problèmes sociaux... »

1.1.1.2 Entre configuration électorale et trajectoire électorale : un discours situé

Ce que nous pouvons qualifier de registre de la continuité des compétences est un discours qui doit être situé par rapport au contexte dans lequel il s'exprime. Ce contexte est constitué par le croisement d'un moment de l'itinéraire électif du médecin avec l'état de la configuration électorale dans lequel il se trouve impliqué. Le registre de la continuité est alors utilisé pour conforter la reconnaissance de l'identité à l'aide d'une légitimation par la

²⁰ *Sud Ouest*, 33, 12 mars 1979.

²¹ *Sud Ouest*, 33, 15 mars 1979.

compétence. Dans certaines situations, il est impératif que la différenciation électorale soit marquée.

En prenant pour exemple les élections cantonales de 1979 dans les Landes, deux exemples paraissent significatifs : ceux des docteurs Labeyrie et Estivals.

Dans son article du 27 février 1979, intitulé « J'accuse », le docteur Labeyrie exprime dans son propos la « force » de son engagement partisan. Or le contexte de la campagne est celui d'un espace urbain, avec quatre candidats (1PCF, 1 RPR, 1 SE) dont les étiquettes sont clairement affichées. Il s'agit de la première tentative du docteur Labeyrie dans une élection qui reproduit partiellement la conflictualité partisane nationale. Son choix initial est bien celui du registre partisan par rapport à celui de la continuité. Après son élection et ses différentes réélections à la mairie de Mont-de-Marsan, qu'il apparaîtra plus comme « un landais » que comme un adepte de la posture partisane.

Trois semaines plus tard, le docteur Labeyrie s'appuie sur le registre de la continuité en déclarant « Quant à moi, vivant et travaillant tous les jours au milieu de vous, je connais bien vos problèmes, et ceux de vos communes et ceux de vos cantons »²². Il fait usage de la compétence induite par son activité professionnelle pour conforter sa position relativement à celle de M. Juppé qui promène avec lui l'image d'un éloignement de l'espace politique montois. Une fois sa position politique locale stabilisée, M. Labeyrie aura plutôt tendance à insister sur son appartenance au milieu local que sur son identité partisane.

Pour les mêmes élections, mais à Tartas-Est, le docteur Estivals est lui dans une situation un peu différente. Il est candidat sous l'étiquette « socialiste non inscrit », avec pour concurrents : 1 PCF, 1 PS, 1 RPR. Il est concurrencé sur sa gauche par un candidat du Parti socialiste qui ne manquera pas de condamner l'argumentation utilisée par M. Estivals : « Je voudrais enfin dire au socialiste non-inscrit qu'il n'est pas très élégant de révéler son activité professionnelle à la vie publique. Les femmes et les hommes qui s'adressent à lui en tant que médecin ne lui ouvrent pas les portes de leur intimité pour qu'il s'en réclame ensuite dans des articles publiés et s'en serve comme argument électoral »²³.

Le registre mobilisé par le docteur Estivals tend à affirmer sa singularité par rapport à une configuration partisane pouvant le desservir. S'il est difficile de mesurer les effets de ses choix argumentaires, il n'en est pas moins vrai qu'il fut réélu au 2^{ème} tour.

²² *Sud Ouest*, 40, 22 mars 1979.

²³ *Sud Ouest*, 40, 16 mars 1979.

Pour le docteur Lachaize, la situation électorale est un peu singulière dans la mesure où la conseillère sortante n'est autre que Simone Noailles, dont l'identité est fortement marquée d'une empreinte sociale et de son action en faveur des personnes âgées. Elle entretient une complicité politique déjà ancienne avec M. Chaban-Delmas. Lorsque Mlle Noailles fait connaître au cours de la campagne électorale son souci de défendre la condition féminine, le docteur Lachaize répond en précisant qu'il peut lui aussi prétendre à « une certaine connaissance des questions intéressant les femmes, en qualité de médecin mais aussi d'homme marié, père de trois enfants. »²⁴ La compétence de médecin peut ainsi être évoquée pour un domaine très étendu de questions.

Le docteur Morel est assez symptomatique dans la mesure où il est souvent concurrencé par un autre candidat de droite ou « sans étiquette ». Le rappel de son activité professionnelle intervient dans une stratégie de légitimation orientée vers la mise en valeur de sa personnalité. Pour être adapté au contexte électoral, le médecin candidat doit aussi comprendre que ce type de discours n'est pas toujours suffisant. Il doit être accompagné de registres différents mais qui apparaissent complémentaires. Ainsi procède le docteur Brunet lorsqu'il adopte un registre partisan en affirmant qu'« il est temps de se dégager du sectarisme et de l'intolérance partisane » pour s'opposer à une « coalition socialo-communiste dont le seul but est de faire tomber les têtes et d'uniformiser le pays à la sauce socialiste »²⁵. Il convient aussi de replacer ce propos dans le contexte particulier du « sursaut de politisation » du début des années 80 qui a été évoqué dans le chapitre 2.

L'argumentation de la continuité doit être située sur le terrain professionnel. Par-là, nous voulons dire deux choses. Ce type d'argumentation est majoritairement le fait de médecins généralistes tirant les bénéfices d'un ancrage rural ou urbain, c'est-à-dire, là, où l'évocation de la compétence implicite fait écho à des pratiques identifiables par les électeurs. La seconde est qu'il faut parfois regarder les positions occupées par les autres membres de la profession médicale pour comprendre le discours d'un médecin. À Agen, par exemple, des chirurgiens comme le docteur Esquirol ou le docteur Aulong ont marqué la vie politique locale. Par rapport au contexte lot-et-garonnais, ils apparaissent un peu comme l'antithèse du docteur Faure, médecin généraliste, devenu maire puis conseiller général de Puymirol. Les deux premiers ne mobilisent pas le registre de la continuité parce que celui-ci ne renvoie à rien. Ils ne peuvent pas prétendre à une légitimation par la compétence implicite ou explicite. Par

²⁴ *Sud Ouest*, 33, 14 mars 1979.

²⁵ *Sud Ouest*, 47, 10 mars 1982.

contre, la position de chirurgien qui est la leur contraint les médecins qui ne le sont pas à marquer leur singularité s'ils souhaitent s'aventurer dans l'espace électoral agenais. C'est peut être comme cela que le docteur Chollet a réussi à s'imposer à Agen entre 1981 et 2001. En tout état de cause, on peut confirmer la thèse suivant laquelle, « le social local » est abordé préférentiellement par les élus ne disposant que d'un faible capital d'autorité politique »²⁶. Il existe cependant deux limites à cette analyse : le capital d'autorité politique peut varier dans le temps et dans l'espace, par exemple, l'accession du docteur Faure au mandat sénatorial est un signe de la variation de l'autorité de son capital politique comme pour le docteur Cazeau à Ribérac ou le docteur Labeyrie à Mont-de-Marsan.

Ensuite, il faut quand même s'attarder sur la spécificité de certaines configurations électorales comme nous l'avons vu dans l'opposition entre le docteur Lachaize et Mlle Noailles.

Que le discours de la continuité des compétences soit présenté comme l'élément d'une stratégie électorale ne doit pas dissimuler le fait qu'il peut aussi être l'expression d'une conviction. En l'évoquant, ils entendent aussi faire connaître ce qu'ils jugent essentiel dans leurs préoccupations. D'une certaine façon, les discours de campagne des médecins sont le prolongement logique des positions qu'ils occupent dans les partis politiques (cas des médecins responsables des questions des secteurs de la santé et des affaires sociales dans les partis politiques). Mais dire que l'on a le souci des enjeux sociaux n'indique rien sur la façon dont on entend les gérer. C'est un registre qui doit être relié à l'ensemble des éléments constitutifs du vécu identitaire du médecin, convictions philosophiques, religieuses ou affiliation partisane. Pour certains médecins le souci des affaires sociales s'accompagne de la volonté parallèle de faire état d'une bonne gestion ou de ne pas encourager l'assistantat. C'est un point très difficile à objectiver parce qu'il renvoie à l'interprétation donnée par les acteurs et à des pratiques délicates à mesurer.

La notion de compétence implicite que nous avons présentée offre une source de légitimation plus délicate à analyser mais tout aussi importante.

Elle signifie que la position occupée par le médecin dans l'espace local et la connaissance de la pluralité des mondes sociaux que lui confère son activité professionnelle le mettent en mesure de développer dans le cadre de ses fonctions électives une « capacité générale d'intervention »²⁷.

²⁶ P. Lehingue, « Le social dans les débats politiques locaux », dans D. Gaxie (dir.), *Le social transfiguré. La représentation politique des préoccupations sociales*, Amiens CURAPP, PUF, juillet 1990, p. 119.

²⁷ Nous reprenons la définition du pouvoir que nous avons présentée en introduction en nous référant à Michel Foucault et Anthony Giddens.

En même temps, elle tend à mobiliser chez l'électeur une dimension affective liée à l'évocation de la proximité spatiale. La notion de proximité, devenue un des lieux communs de la communication politique mobilisée pour légitimer l'action des gouvernants, est au cœur des argumentaires électoraux depuis déjà longtemps dans l'espace politique local. Elle instille une part d'affect censée rééquilibrer le poids de la légitimité rationnelle et du caractère impersonnel attribué à l'action publique. Lorsque les médecins s'y réfèrent, de façon plus ou moins explicite, ils s'insèrent dans un univers de signification dont ils n'ont pas le monopole mais qu'ils peuvent incarner comme d'autres professions. Le notaire J. Dutour présente sa candidature au Conseil général en 1961 en utilisant une argumentation que n'aurait pas désavouée un médecin : « Depuis bientôt 10 ans je parcours notre canton et suis en contact permanent avec vous. »²⁸

L'ambivalence de ce registre, qui explique peut-être sa pérennité, réside dans le cumul des significations rationnelle et affective.

1.1.2 L'évocation de la continuité hors du contexte électoral

Dans le questionnaire qui a été communiqué aux médecins au cours de l'enquête de terrain figurait une question qui ouvrait sur une grande diversité de réponses.

Les réponses présentées ici font état de représentations qui s'inscrivent directement dans le sens de la thèse de la continuité. Cette présentation n'a pas pour but de faire apparaître cette conception comme dominante mais de démontrer qu'elle demeure une lecture crédible pour comprendre les registres de légitimation suivant lesquels des médecins fondent leur implication dans l'agir public local. Des éléments déjà présents dans les argumentaires électoraux évoqués précédemment se retrouvent ici : la congruence entre le sanitaire et le social, la référence à une posture particulière (l'écoute, aux sens affectif et cognitif), une perception différenciée des propriétés des cadres (les personnes âgées, les jeunes, l'hôpital), des orientations pragmatiques proches de conceptions morales ou idéologiques (aider les plus démunis, défendre un service public).

²⁸ *Sud Ouest*, 24, 26 mai 1961.

Code entretien	Contexte du mandat	Contenu de la réponse
N° 3	Ville, CUB, 57000h, CMA, Prévention, Santé, Sécurité.	« C'est la continuation de l'action au cabinet : amélioration des conditions de vie, aide aux plus démunis... »
N° 5	Ville CUB 35000h, CM Affaires sociales, CG, Affaires sociales.	« Son activité professionnelle le met à l'écoute des problèmes de la population qu'il soigne et fréquente. Il est donc amené à apporter son concours à la vie politique locale et aide à apporter des solutions aux problèmes qu'il a rencontrés... »
N° 6	Ville rurale, 4350h, maire.	« C'est le prolongement logique de son engagement de médecin dans la mesure où l'on considère la maladie dans son environnement social et économique... »
N° 10bis	Ville CUB, 58000h, CM.	« Participation effective aux problèmes de la commune, prise de conscience des nécessités sociales locales, participation aux projets communaux... »
N° 11	Commune rurale, 1450h, CMA affaires sociales puis maire.	« Mieux remplir sa fonction à travers tous les problèmes sociaux relevant ipso facto de l'aide sociale (CCAS)... »
N° 13	Ville 12000h, balnéaire, CMA, maire, CG, CR.	« Assurer un mieux vivre, lutter contre l'exclusion, prévenir »
N° 14bis	Ville 20000h, CMA Solidarité.	« A partir du moment où la profession de l'individu porte à écouter et à aider l'autre, il est impensable de ne pas s'impliquer dans la vie politique ou associative locale... »
N° 16	Ville 200000h, CM, CG.	« Il s'agit pour moi d'une extension ou d'une ouverture naturelle au service des autres, sur le terrain social des défavorisés et sur celui de la culture.. »
N° 17	Ville rurale, 6000h, CM.	« Connaissance des problèmes sociaux sur le terrain.. »
N° 20	Ville rurale, 2900h, CM, Maire, CG.	« Poursuivre à l'extérieur ce qu'il prône dans sa profession... »
N° 21	Ville rurale 6000h, CMA affaires sociales.	« Connaissance profonde du milieu social... »
N° 25	Ville rurale, 2600h, CMA aide sociale, maire.	« La poursuite logique au service de la commune du travail social effectué dans le cadre de la profession médicale... »

Un registre repris dans les assemblées parlementaires

À travers quelques exemples, il est possible de vérifier que cet argument est utilisé par des médecins en dehors de l'espace politique local. Même s'il n'est pas mobilisé de façon

régulière par une grande partie des médecins, il réapparaît de façon structurelle comme un registre possible de légitimation. Plus précisément, il est manié dans des situations où le médecin doit imposer sa singularité par rapport au groupe d'acteurs au sein duquel il doit s'affirmer. Ainsi le docteur Chollet intervient au cours d'un débat parlementaire « au nom d'une pratique professionnelle et associative de la famille »²⁹. Le docteur Legras quant à lui « s'autorise de son expérience quotidienne de la sécurité sociale et de la maladie pour rappeler les abus des assurés, des médecins. »³⁰

Peut-être que l'usage de cette argumentation, lorsqu'il est le fait d'élus nationaux détenant un ou plusieurs mandats locaux, leur permet-il d'adopter « un style volontiers simple, dépourvu de lyrisme, sans autre référence que celle du quotidien, à leur expérience, au bon sens et à la morale »³¹, un style qui renvoie autant à l'expérience d'élus locaux qu'à celle de médecin, en insistant sur la continuité de ces deux compétences.

Le registre de la continuité reste ambigu parce qu'il mobilise deux univers de sens différents : celui que l'on présente souvent comme relevant de la « proximité » qui réintroduit habilement la part d'affect dans les opérations de reconnaissance en la mêlant à une dimension cognitive ; l'autre évoque la position singulière de la profession médicale par rapport au secteur sanitaire et social, position ici revendiquée, mais dont l'origine réside dans la position sociale occupée par la profession médicale en France.

1.2 Les conditions de réception de cet argument

Dans ce que nous appelons le discours de la continuité, il nous paraît nécessaire de distinguer deux séries de facteurs. Dans la première, il faut envisager les différentes significations qui peuvent constituer ce discours. Ainsi, nous voyons que chez les médecins qui l'utilisent, il y a une référence à la spécificité de la relation qu'ils entretiennent avec le milieu local. En même temps, ils semblent formuler le caractère naturel de leur compétence dans un secteur particulier de l'action sanitaire et sociale. C'est un premier ensemble sur lequel on peut s'interroger. Mais, en s'en tenant à la réalité de la décision électorale, il convient de mettre en évidence ce qui dans l'esprit des électeurs peut les amener à reconnaître cette continuité des compétences. Il s'agit de savoir quels sont les éléments sur lesquels se construit la rationalité

²⁹ Citation empruntée à Annie Collovald et Brigitte Gaïti, « Discours sous surveillance. Le social à l'assemblée » *op. cit.*, p. 38.

³⁰ *ibidem* p. 46-47.

³¹ *ibidem* p. 46-47.

de la reconnaissance de cette continuité chez les électeurs. La réalité du dispositif institutionnel local en matière sanitaire et sociale contribue à valoriser la position des médecins en actualisant le caractère traditionnel de la légitimité de cette position d'articulation entre le social et le médical. Ce qui s'est sédimenté au cours de l'histoire qui fait l'objet d'une légitimité traditionnelle aujourd'hui, c'est une légitimité rationnelle en ce sens que la position des médecins par rapport au secteur sanitaire et social est celle d'un expert à la compétence scientifique. Peut-être convient-il de parler, de façon un peu maladroite, de « traditionnalisation » d'une légitimité rationnelle. En se plaçant dans la perspective de la décision électorale, il peut apparaître rationnel à des électeurs de voter pour des médecins dans la mesure où ils savent que ceux-ci sont les « mieux placés » pour appréhender un domaine particulier. Mais d'un autre point de vue, il faut observer que les électeurs sont en contact direct avec cette continuité des compétences et que de ce fait, ils ont la possibilité de mesurer le degré d'engagement personnel du médecin dans cette continuité. C'est dans l'appréciation de l'engagement individuel de chaque médecin que s'établit un lien affectif qui renvoie au troisième volet de la légitimité weberienne, la dimension charismatique.

1.2.1 Entre tradition et rationalité, la légitimation du discours de la continuité des compétences

L'exemple des médecins élus locaux permet de montrer que les trois formes de légitimité weberiennes ne doivent pas être prises en compte séparément mais plutôt dans les relations qu'elles peuvent entretenir³².

La référence à une légitimité traditionnelle du discours de la continuité des compétences s'appuie sur le fait que depuis plus d'un siècle, la profession médicale a accédé au cadre d'expérience du politique par une position d'expertise sur un secteur qui est devenu un des éléments les plus importants de ce cadre. La sédimentation de cette réalité produit un effet de légitimation traditionnelle.

Mais il ne faut pas oublier que cette position d'expertise repose sur une conception du langage médical qui fait de lui un langage des sciences exactes, dont l'un des résultats est de produire de l'objectivation. Lorsqu'elle résume le langage associé à l'institution médicale, elle lui confère une autorité qui permet à des médecins de l'appliquer à des objets, des perspectives et

³² D. Fassin, *L'espace politique de la santé*, Paris, PUF, 1996, p. 172.

des contextes autres que ceux liés à l'activité de soin médical. Par exemple, lorsqu'un professeur de médecine déclare « je fais seulement un constat, je relève les signes cliniques des maladies de l'Université dans sa partie médicale »³³, il fait un usage du langage médical dans le cadre d'une analyse sociale et politique. C'est peut-être en ce sens-là que l'on peut attribuer aux élus locaux médecins « une spécificité de leur attitude que l'on peut dire clinique »³⁴. Cette conception, présentée dans le chapitre 1, se situe dans une ligne d'interprétation qui postule que « l'écoute politique tient de l'échographie et de son auscultation patiente des organes malades. »³⁵

Les usages du langage associé à l'institution médicale apparaissent dans l'espace local sous différentes formes. Il en est ainsi lorsqu'un journal nous invite à « Panser les plaies » après une tempête ou qu'un autre souligne que « Les médecins soignent leur département »³⁶ ou encore « le médecin qui soigne l'Hôpital » pour résumer le dynamisme supposé d'un maire dans la valorisation de sa commune³⁷.

Mais cette présentation ne doit pas nous conduire à ignorer que les réalités institutionnelles confèrent à la continuité des compétences une part de rationalité dans la décision électorale. Le secteur sanitaire et social à l'échelon local fournit un cadre d'expérience qui permet d'actualiser la position de la profession médicale.

Avant la décentralisation, malgré sa très grande diversité le secteur de l'Action Sanitaire et Sociale avait réalisé une relative intégration avec la création des Directions Départementales de l'Action Sanitaire et Sociale, la mise en place des circonscriptions d'action sociale en 1966 puis des CDES et des COTOREP après les lois sociales de 1975. Dans ce secteur les conseillers généraux avaient accès à un secteur de compétence plus large qu'aujourd'hui alors qu'ils n'avaient pas de pouvoir décisionnel en matière de financement puisque c'était le Préfet qui assurait la préparation et l'exécution du budget départemental.

C'est au nom de cette connaissance des questions sociales que des médecins candidats aux élections cantonales n'hésitaient pas à citer les réalisations du Conseil général en matière sanitaire et sociale.

Ainsi dans la présentation de sa candidature en 1979, sur le canton de Talence, le docteur Buffet commence son article en soulignant que « l'action sanitaire et sociale a coûté cette année plus de 500 millions de nouveaux francs au Conseil général, plus de la moitié du

³³ Professeur Tavernier, *Sud Ouest*, 33, 24 février 1983.

³⁴ P. Guillaume, *Le rôle social du médecin depuis deux siècles, op. cit.*, p. 33.

³⁵ O. Vallet, « Ecouter, ausculter », Paris, *Mots*, septembre 1994, p. 124.

³⁶ *Impact médecin quotidien*, 15 mars 1994.

³⁷ *Maires de France*, octobre 1998, p. 75.

budget départemental »³⁸. Il poursuit en énumérant les différentes actions menées par l'institution départementale. Le docteur Lachaize fait de même dans un communiqué de campagne³⁹.

Dans l'espace communal, la création des institutions publiques dans le domaine sanitaire et social depuis le début du vingtième siècle dans les grandes villes a contribué à conférer à la position du corps médical une légitimité de type traditionnel.

1.2.2 La perception de cette continuité par les situations de co-présence

Nous entendons montrer dans notre développement que les situations de co-présence générées par l'exercice du métier de médecin, plus particulièrement la médecine généraliste, sont susceptibles de créer des attentes de compétence en direction du médecin.

Il est difficile de montrer que les électeurs établissent consciemment une continuité des compétences. D'un point de vue méthodologique cela serait vérifiable par la réalisation d'une enquête approfondie dans laquelle les questions apparaîtraient clairement construites sur la vérification de cette hypothèse. Partant de l'hypothèse que la nature du mode de scrutin permet de discerner la reconnaissance particulière dont un candidat peut faire l'objet nous pouvons illustrer notre propos par l'étude que nous avons menée concernant les scores obtenus par des médecins lors des élections municipales dans un certain nombre de communes. La portée de nos analyses est limitée par la réduction de notre espace d'investigation en raison de l'adoption d'un scrutin de liste pour les communes de plus de 3500 habitants à partir de 1983. Notre échantillon est plus étroit après qu'avant.

La seconde limite à notre interprétation est que si un médecin obtient un rang d'élection compris entre 1 et 3 cela ne démontre pas pour autant que ce résultat soit directement lié à son statut professionnel. Le constat suivant lequel la proportion de médecin obtenant un rang d'élection compris entre 1 et 3 diminue régulièrement doit être relativisé.

La remarque est identique pour le scrutin cantonal. Le caractère uninominal facilite une perception individuée des candidatures, mais il ne permet pas de dire que tel ou tel aspect de l'identité est déterminant. Nous ne pouvons donc que nous efforcer de sérier les éléments qui permettront aux électeurs d'inscrire cette continuité dans la rationalité de la décision électorale qu'ils prennent lorsqu'ils ont à voter pour un médecin.

³⁸ *Sud Ouest*, 33, 15 mars 1979.

³⁹ *Sud Ouest*, 33, 14 mars 1979.

Cette perception de la continuité des compétences est rationnelle parce qu'elle est vérifiée au quotidien par les électeurs qui sont aussi des patients pour lesquels les médecins peuvent agir dans des secteurs qui ne concernent pas directement le traitement de la maladie.

La continuité des compétences peut être reconnue sur le terrain local lorsque les électeurs peuvent s'assurer régulièrement que les médecins ont un domaine d'intervention qui dépasse largement celui de la médecine.

Dans son activité quotidienne, « le médecin assure la couverture d'un certain nombre de services sociaux :

- fourniture de médicaments pour un patient qui ne peut se déplacer.
- remplir un certificat de vie pour la CAV.
- remplir les formulaires pour une aide à domicile.
- faire connaître l'état du droit. »⁴⁰

Lorsqu'il devient un élu municipal, le médecin reçoit ses patients dans l'exercice d'un rôle professionnel mais la compétence qu'il développe peut déboucher sur des actions relevant de la compétence attendue d'un élu. La continuité des compétences s'établit dans l'esprit du patient électeur lorsqu'il reçoit d'un médecin ce qu'il attend d'un élu.

L'argument de la rationalité de la décision électorale à désigner les représentants d'une profession dont on sait qu'elle est au cœur d'un dispositif institutionnel. Comme cela sera développé un peu plus loin, le médecin élu municipal ou cantonal est, dans la période antérieure à la décentralisation, celui qui peut traiter des dossiers individuels comme le souligne l'un d'eux : « Dans notre profession, soigner n'est pas tout. Il arrive un temps où nous sommes témoins de telles souffrances, et qui ne sont pas seulement physiques, que notre savoir acquis à la faculté n'est plus suffisant. Il faut alors aller chercher ailleurs les moyens de venir en aide autrement à tous ces gens. Le corollaire, c'est le mandat électif qui permet d'agir auprès des services publics, de faire avancer un dossier, d'obtenir un secours »⁴¹. En agissant ainsi, « maires et médecins dispensateurs de biens précieux »⁴², inscrivent leurs pratiques dans une perspective de reconnaissance des patients visant la singularité de chacun. En retour, la reconnaissance dont ils peuvent faire l'objet possède une dimension affective qui n'est que la contrepartie du processus que nous venons d'évoquer. Les situations de co-présence sont ainsi les moments où les médecins élus exposent une compétence à deux composantes : celle qui leur confère une connaissance des réalités sociales et celle qui leur permet de reconnaître

⁴⁰ Entretien n° 25.

⁴¹ Cité par Béatrice Vergez, *Le monde des médecins au vingtième siècle*, Bruxelles, Complexe, 1996, p. 272.

⁴² A. Faure, *La politique au village*, op. cit., p. 22.

des individus. Leur compétence s'exprime donc à travers deux orientations des relations sociales : l'intentionnalité affective et l'intentionnalité cognitive.

La continuité des compétences se trouve exposée à la perception des électeurs lorsque des médecins investissent des associations intervenant dans le secteur sanitaire et social et contribuent par leur action individuelle à la gestion de ces questions. La déclaration du docteur Buffet signalée plus haut faisait référence à ses différentes interventions sociales.

Ainsi, dans la commune du Bouscat (33) des médecins spécialisés en gériatrie lancent une initiative comme l'association « Papa gâteau » pour accompagner la réinsertion des personnes âgées à leur sortie de l'hôpital.⁴³

Avant de devenir conseiller municipal de Roubaix, le docteur Titran avait créé une dizaine d'associations afin « d'aider les professionnels de l'action sociale et de la santé à mieux faire leur travail »⁴⁴. Par son activité de médecin au sein du Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP), sa compétence pouvait être connue. Mais son engagement associatif n'a pu qu'élargir cet espace de reconnaissance parce qu'il a été conduit à rencontrer au nom et dans le cadre de ces associations un grand nombre de gens.

Pour le même secteur d'intervention, le docteur Chollet, médecin pédiatre à Agen, a développé une compétence comparable avant de postuler à des mandats électifs.⁴⁵

Sans raisonner nécessairement sur la réalité d'une intention clientéliste chez les médecins qui agissent ainsi, il faut reconnaître que lorsqu'ils se présentent à une élection, les électeurs ont une perception de la sédimentation de leur agir dans leur identité. S'il est difficile d'objectiver le contenu de cette perception, il n'est pas interdit d'en reconstituer les éléments. Cependant, des médecins peuvent faire état de leur capacité à connaître et à soigner leur environnement comme d'une compétence réutilisable dans le domaine de l'agir public. Ainsi que l'indique un maire-adjoint de Toulouse : « dans mon cabinet, je prends chaque jour le pouls de la ville... »⁴⁶. Il confirme la thèse suivant laquelle le médecin est « pour les décisionnaires de la vie publique, un clignotant, un signal d'alarme sur le climat social, les inquiétudes et les difficultés rencontrées par la population »⁴⁷.

⁴³ M-H. Cousin, *Les politiques sociales des villes : étude portant sur trois villes de plus de 20000 habitants appartenant à la Communauté urbaine de Bordeaux*, Mémoire de DEA, G.L.A.L, IEP de Bordeaux, 1991.

⁴⁴ *Le Courrier des maires*, 22 septembre 1995.

⁴⁵ A. Orenstein. *Les élections municipales à Agen en juin 1995. Analyse critique de la campagne*, rapport de séminaire, IEP de Bordeaux, université de Bordeaux IV, 1996/1997.

⁴⁶ Docteur Dufetelle, maire - adjoint chargé de l'environnement à Toulouse, *Impact Médecin hebdo*, n°211, 5 novembre 1993.

⁴⁷ « Prendre le pouls de la ville », *Impact Médecin hebdo*, n° 211, 5 novembre 1993.

La thèse de la continuité des compétences se trouve vérifiée par un ensemble de faits. Des médecins élus locaux la mobilisent comme un registre de légitimation de façon explicite dans les campagnes électorales. D'autres s'y réfèrent dans une situation d'entretien où ne se posent pas des questions de légitimation électorale. Elle est parfois présente dans les discours d'autres acteurs s'exprimant à propos des médecins exerçant des mandats locaux.

Les différents usages à travers lesquels elle apparaît contribuent à conférer aux médecins élus locaux une légitimité qui est à la fois traditionnelle, rationnelle et affective.

2 CONTINUITÉ DES COMPÉTENCES ET PERSPECTIVE SANITAIRE DANS LE CONTEXTE ANTÉRIEUR À LA DÉCENTRALISATION

La césure institutionnelle de la décentralisation est retenue comme repère non seulement pour sa logique interne de réaménagement des pouvoirs locaux mais aussi parce qu'elle correspond dans le temps à une série de changements dans le secteur sanitaire et social dont la dynamique s'intensifiera au cours des années 90. Il nous appartient de vérifier que cette continuité s'exprime par la présence des médecins dans des positions institutionnelles et des pratiques. Mais pour apprécier la compétence qu'elles engendrent, il est nécessaire de préciser les propriétés des contextes dans lesquels elles s'insèrent. Pour cela, la distinction entre la perspective associée à la position sociale de la profession médicale et la compétence des médecins telle qu'elle a été présentée dans le chapitre 1 conserve ici une part de pertinence. Comment s'actualise cette perspective dans l'agir public local avant la décentralisation ? Suivant quels critères distinguer les différentes expressions que les institutions publiques locales donnent à cette perspective ? Sont-elles les seules à intervenir dans sa mise en forme institutionnelle ?

Ces questions fixent l'orientation de notre démarche : il ne faut pas restreindre notre étude à la seule observation des médecins élus locaux. Il convient de s'intéresser à la perspective qu'ils incarnent. Suivant cette logique, il nous appartient de sérier ses traductions dans le dispositif institutionnel local ainsi que les usages dont elles font l'objet par les acteurs privés qui y interviennent. Ainsi le cadre d'expérience des médecins élus locaux se constitue sur la traduction institutionnelle de la perspective qu'ils incarnent.

Cependant, il paraît difficile de ne pas différencier les contextes locaux de traduction de cette perspective. Du seul point de vue des compétences institutionnelles, comment pourrait-on

confondre dans nos analyses ce qui est produit dans le contexte départemental et ce qui est fait dans le cadre communal ? Comment ne pas établir de distinction entre les grandes unités urbaines et les communes rurales ?

Un autre sujet d'interrogation subsiste : quelle est la nature des relations qui s'établissent au niveau local entre le sanitaire et le social ? Sommes-nous ici dans le prolongement de la conception définie en 1946 par l'Organisation mondiale de la santé suivant laquelle « la santé, c'est non seulement l'absence de maladie et d'infirmité, mais un complet bien-être physique, mental et social » ? Faut-il, au contraire, y voir deux domaines séparés ? La complexité des réalités locales mêle ces conceptions. Dans certains contextes, les acteurs les vivent dans le sens de la séparation, dans d'autres, ils privilégient l'imbrication entre le sanitaire et le social. Ainsi la continuité des compétences s'inscrit dans un contexte local qui reprend certains points de la perspective associée à la position sociale de la profession médicale.

2.1 Le contexte institutionnel et la situation économique et sociale

Durant la période antérieure à la décentralisation, la compétence des médecins dans le secteur de l'action sanitaire et sociale doit être mise en perspective relativement à deux ensembles de réalités. Le premier regroupe les facteurs qui structurent la demande d'intervention dans le domaine social et médico-social. Le développement économique et social constitue un élément important parce qu'il détermine le volume de la demande sociale et les modalités de sa prise en charge. Le second est la nature du dispositif institutionnel qui doit traiter le secteur sanitaire et social à l'échelon départemental et communal.

2.1.1 La situation économique et sociale

1984 est une année charnière parce qu'elle est celle de la loi portant transfert des compétences au département en matière d'Aide sociale. C'est aussi à partir du milieu des années 80 que l'aggravation de la misère sociale commence à faire sentir ses effets pour devenir un enjeu politique. Les élus locaux ont donc eu à gérer une mutation institutionnelle qui leur demandait de prendre en charge une évolution économique et sociale qui prenait forme sous leurs yeux.

Dans la période antérieure, entre 1959 et 1983, les dépenses d'Aide sociale ont crû moins rapidement que l'ensemble des dépenses de protection sociale⁴⁸ et la part des premières dans les secondes s'est réduite entre 1975 et 1983. Globalement, les dépenses de ce secteur représentaient près de 6 % de l'effort social de la nation en 1983. C'est peu important en volume mais cela reste un indicateur de l'état social de la nation. Structurellement, les dépenses de l'aide médicale ont diminué alors que celles de l'aide sociale à l'enfance ont augmenté.

Les facteurs macro-économiques, croissance et faible taux de chômage, ont permis de limiter le recours à ce qui était, avant 1953 labellisé sous le terme d'assistance. À cela il faut ajouter que la structure démographique relativisait l'impact économique de la population âgée dans le financement de l'aide sociale.

Il importe de souligner ces quelques éléments de fait pour comprendre que la situation économique et sociale générale n'a pas été, au cours de cette période, un facteur d'intensification de la demande sociale adressée à ce secteur.

On a pu constater un retrait progressif des organismes de la sécurité sociale dans le financement des dépenses d'action sociale notamment en matière d'investissement ce qui ne pouvait que valoriser la part de l'action départementale et communale⁴⁹.

2.1.2 Le cadre d'expérience départemental

Cela explique peut être que les dépenses d'aide sociale des communes aient augmenté de 125% entre 1975 et 1983 alors que celles de l'aide sociale départementale n'avaient progressé que de 44% au cours de la même période⁵⁰. Outre les initiatives qu'elles pouvaient prendre dans le domaine qui leur était imparti, les communes avaient la responsabilité de préparer les dossiers de demande d'aide sociale départementale pour les présenter lors des réunions des commissions cantonales d'admission à l'aide sociale.

Enfin, il convient de souligner la part du secteur associatif dans les initiatives qui peuvent être mises en œuvre dans le domaine social et médico-social.

Le dispositif institutionnel départemental en matière sanitaire et sociale établit un cadre d'expérience dont il convient de préciser les propriétés.

⁴⁸ J. Tymen, H. Noguès, *Action sociale et décentralisation*, Paris, L'Harmattan, Logiques sociales, 1988, p. 39-41.

⁴⁹ J. Tymen, H. Noguès, *op. cit.*, p. 48.

⁵⁰ J. Tymen, H. Noguès, *op. cit.*, p. 46-47.

C'est un contexte où les conseillers généraux votent le budget présenté et exécuté par le préfet. Ils n'ont pas l'autorité et l'auctorialité de la signature de l'action publique qu'ils obtiendront avec la décentralisation, et de manière effective à partir de 1984. Ce constat appelle plusieurs remarques. Les élus n'ayant pas à intérioriser les normes de la responsabilité de gestion, ils peuvent plus facilement exercer leur fonction de médiation sociale sans se préoccuper de ses incidences matérielles. Si le pouvoir décisionnel se trouve concentré dans les mains du préfet, la réussite de l'activité de médiation sociale passe par un positionnement favorable vis-à-vis de lui ou des personnes qui lui sont proches. La réussite de la compétence individuelle passe par une insertion dans les réseaux pertinents par rapport à ce mode de régulation.

Il s'agit d'un secteur d'activité où les conseillers généraux ont accès à un domaine plus étendu que ce qu'il deviendra après la décentralisation. En effet, depuis la création des directions départementales de l'action sanitaire et sociale en 1964, les différents secteurs de la santé et du social sont intégrés et différenciés.

Avant la décentralisation, l'action sanitaire et sociale du département rassemble les secteurs suivants : pour l'année 1964⁵¹, on retrouve par groupes de dépenses : celles réservées à l'aide à l'enfance, l'hygiène et la protection sanitaire (I), celles concernant l'aide médicale aux malades mentaux, l'aide médicale aux tuberculeux, les centres d'hébergement, et les frais d'administration et de contrôle (II) ; celles enfin qui touchent à l'aide médicale, l'aide aux personnes âgées, aux infirmes aveugles et grands infirmes (III).

Il constitue dans la plupart des départements la plus grosse part du budget, mais ne fait pas l'objet d'une désignation singulière dans l'organisation des commissions des Conseils généraux, à l'exception des Landes. Cette réalité n'est paradoxale qu'en apparence. L'absence de signalétique particulière pour le secteur de l'action sanitaire et sociale peut trouver plusieurs explications. Si les conseillers généraux intègrent ce secteur dans celui de l'administration générale ou des finances c'est au nom d'une conception qui en fait une des composantes de l'agir public territorialisé. Les actions concernées par ce secteur sont gérées dans la seule optique de la rationalité administrative parce qu'elles ne font pas partie de ce qui peut être mise en jeu sur le terrain de la conflictualité politique. Point de vue appuyé par le fait que de toute façon la tâche des élus départementaux ne consiste pas à assumer la responsabilité de la gestion. du budget départemental. Le secteur de l'action sanitaire et sociale fonctionne comme un univers où les acteurs accordent moins d'importance à

⁵¹ Archives départementales du Lot-et-Garonne (AD 47), délibérations du Conseil général 1964, document 11PO 25.

« l'idéologisation des problèmes » qu'à « une approche parcellisée, instrumentale et purement pratique »⁵². On pourrait reprendre ici ce que disait Gambetta : « Croyez qu'il n'y a pas de remède social parce qu'il n'y pas de question sociale. Il y a seulement des problèmes à résoudre »⁵³.

Le domaine d'action est d'une grande complexité et la compétence de celui qui peut y être efficace résulte d'une connaissance des différents segments de l'institution et des accords pratiques qui peuvent s'y instaurer entre les différents acteurs. Ainsi, on a pu dire qu'« en matière sociale (comme souvent ailleurs), la segmentation et la parcellisation des problèmes vont de pair avec la spécialisation et la concentration des questions entre les mains de quelques spécialistes ».⁵⁴ Ce jugement est aussi valable avant la décentralisation qu'après. Mais il importe de savoir quel est le contenu que l'on confère à cette spécialisation. La compétence attendue des acteurs s'analyse comme une connaissance de cette complexité et une capacité à en articuler les différentes composantes.

Néanmoins ce contexte laisse une marge de construction intersubjective aux acteurs dans le champ de la répartition des actions et des financements correspondants. Le préfet incarne une unité dans l'ordonnement des dépenses et cette répartition ne présente que des propriétés de technologie administrative. Pour autant, la qualification des situations individuelles trouve une certaine importance car elle génère un financement correspondant et confère un statut à ceux qui en font l'objet. Pour certains secteurs, l'interprétation des lois fournie par les acteurs départementaux a suscité des évolutions dont les effets se sont fait sentir après la décentralisation.

Les médecins conseillers généraux participent au développement d'un secteur dont ils ne sont pas les maîtres d'œuvre. De sorte que si des liens se sont établis entre le sanitaire et le social c'est plus en raison de la convergence de perspectives portées par les différents acteurs suivant une orientation commune que par l'intervention d'une catégorie spécifique d'acteurs. Sur l'institutionnalisation progressive du champ de l'inadaptation, par exemple, la perspective sanitaire permet de retraduire « la diversité des situations sociales rencontrées » par les notions de « déficience familiale et individuelle » ou de « milieu pathologique ».⁵⁵ Ici, ce ne sont pas les médecins élus locaux qui portent la perspective mais l'administration de la santé.

⁵² P. Lehingue, *op. cit.*, p. 120.

⁵³ Cité par Dominique Damamme, « D'une école des sciences politiques », *Politix*, n°3/4, 1988.

⁵⁴ P. Lehingue, *op. cit.*, p. 117.

⁵⁵ P. Valarié, « Vers une gestion négociée de l'action sociale : du néo-corporatisme associatif au social contractuel », *Pôle Sud*, n°4, p. 84.

Le point qui aujourd'hui génère le plus de débats est très certainement celui de la politique départementale en faveur des personnes âgées. La pratique qui s'est développée pour la gestion de l'Allocation compensatrice pour tierce personne, ACTP, a conduit à l'assimilation du vieillissement et de ses effets dans le recours à une tierce personne à un handicap⁵⁶ ce qui signifiait un financement départemental.

On verra dans le paragraphe 3 que cette situation est devenue conflictuelle après la décentralisation lorsque les sources de financement se sont opposées.

2.2 Les médecins élus départementaux : entre compétence reconnue et compétence exercée

Si la compétence permet de mesurer la participation individuée des élus à l'agir public local, cette participation se définit par rapport aux propriétés du cadre d'expérience où elle est mise en œuvre.

La compétence des médecins dans le secteur de l'action sanitaire et sociale est une compétence attendue, reconnue et exercée.

Nous avons déjà expliqué en quoi des électeurs peuvent attendre cette continuité des compétences chez les médecins élus locaux. Il faut opérer une distinction entre les conseillers généraux élus en milieu urbain et ceux qui le sont en milieu rural parce que les attentes dans ce secteur fluctuent en fonction de la nature de l'environnement économique et social. Chaque élu départemental est en situation duale mais cette dualité est moins pesante avant la décentralisation qu'après. D'un côté il est l'élu d'un canton et doit à ce titre le représenter au Conseil général, phénomène confirmé lorsque, par exemple, il est recommandé de composer les différentes commissions départementales en assurant la représentativité des différents cantons. Il doit aussi assurer sa réélection et donc réussir son action de médiation sociale. D'un autre côté, il est membre d'une assemblée qui a sa propre logique dans l'environnement institutionnel qui est le sien. Or, avant la décentralisation, l'élu du département n'a pas à assumer la responsabilité des politiques publiques départementales en raison de la configuration institutionnelle dont nous avons parlé. Si nous constatons, presque dix ans après la décentralisation, que plus de la moitié⁵⁷ (53 %) des conseillers généraux font

⁵⁶ M. Januard, La gestion de la dépendance des personnes âgées : enjeu de redéfinition des relations centre - périphérie : l'exemple de l'allocation compensatrice pour tierce personne, mémoire pour le DEA de science politique, G. L. A. L, sous la direction de Jacques Palard, IEP de Bordeaux, février 1990, p. 13.

⁵⁷ J-C. Guyot, F. Vedelago, *op. cit.*, p. 83.

prévaloir leurs préoccupations cantonales sur les préoccupations départementales, il n'est pas déraisonnable de penser que cette représentation était plus largement majoritaire avant la décentralisation. Le registre cantonaliste avait plus de chance de dominer que le courant départementaliste⁵⁸. En indiquant cela, nous entendons montrer le lien entre l'intériorisation d'une norme de conduite et la compétence mise en œuvre par les médecins conseillers généraux parce que les pratiques développées dans un contexte dépendent de ce que l'on en sait.

Nous verrons que dans le fonctionnement interne de l'institution départementale cette attente peut se traduire par des formes de reconnaissance explicite.

La compétence exercée par les médecins conseillers généraux est elle-même constitutive de compétence dans la mesure où elle permet à ces derniers de participer aux situations d'intercompréhension qui régissent la gestion des questions sanitaires et sociales.

2.2.1 La compétence reconnue : positions et reconnaissance

Sur la base de l'étude que nous avons réalisée sur la composition des commissions des affaires sanitaires et sociales, lorsque cela a été possible, nous pouvons montrer que la continuité des compétences est d'abord une affaire de reconnaissance de la part des autres acteurs de l'institution départementale.

La difficulté à saisir les positions découle de l'absence de clarté touchant la désignation du secteur dans les commissions. Là où l'administration déconcentrée présente une certaine unité avec les Directions départementales de l'action sanitaire et sociale règne une relative incertitude pour la désignation de ce secteur dans l'organisation interne des conseils généraux. Pour certains départements, le domaine sanitaire et social relève de la commission « Administration générale » (Gironde jusqu'en 1979), « Administration, œuvres sociales » (Lot et Garonne jusqu'en 1982), « Finances » (Dordogne et Pyrénées-Atlantiques jusqu'en 1988). Seul le département des Landes a une commission spécialisée « Action sanitaire et sociale » qui se distingue des commissions réglementaires. Il n'est pas facile d'identifier les positions des médecins conseillers généraux avec ces différents types d'organisation. Remarquons aussi que, suivant le règlement intérieur de chacun des départements, la distribution des conseillers généraux dans les commissions fait parfois intervenir le critère

⁵⁸ *ibidem*.

géographique. Chaque commission doit représenter dans sa composition la diversité cantonale du département.

Il faut savoir que la présence d'un médecin dans une commission est le résultat de son acte de candidature sanctionné par le vote de ses collègues. La reconnaissance est parfois précédée d'un processus d'auto-attribution.

La position de conseiller général est une ouverture sur d'autres positions qui sont tout autant des lieux de reconnaissance de la compétence que des espaces où elle se constitue.

Dans les exemples choisis, il est à noter un phénomène de très forte présence des médecins dans les commissions qui ont en charge les affaires sanitaires et sociales. Peut-être aurait-il fallu relever avec plus de précision, l'identité des conseillers généraux qui défendaient le budget de ce secteur devant l'assemblée départementale. Ainsi, lorsque le docteur C-C présente, en 1976, le budget relatif à l'aide sociale du Conseil général de la Dordogne, groupe 1, il le fait au nom de la commission des finances⁵⁹.

La méthode que nous utilisons s'appuie sur plusieurs indicateurs et paramètres. Premièrement, on peut comparer le pourcentage de médecins au sein de l'institution départementale avec celui de la commission « Affaires sociales ou Action sanitaire et sociale ». Deuxièmement, nous vérifions qui occupe les postes de président, vice-président et secrétaire de cette commission. Troisièmement, l'étiquette partisane des médecins est rapportée à celle de la majorité départementale parce que la détention d'un poste de président de commission résulte aussi de l'appartenance ou non à celle-ci. Pour la détention de ce type de position, l'appartenance professionnelle est relativisée par l'insertion dans les espaces de reconnaissance.

La seconde conduit à expliquer l'effet de concentration par la forte présence des médecins au sein de l'institution. Mais ce qui est perceptible sur le terrain de l'action sanitaire et sociale (compétence professionnelle) ne l'est pas sur celui des postes réputés prestigieux (étiquette partisane).

Les positions clairement repérables

Dans le département des Landes, notre démarche est plus aisée parce qu'il existe une commission spécialisée dans l'action sanitaire et sociale.

⁵⁹ Archives départementales de la Dordogne (AD 24), délibérations du Conseil général 1976, séance du 10 juin 1976.

En 1976, nous avons 7 médecins élus pour 30 conseillers généraux. La commission spécialisée « action sanitaire et sociale » est composée de 12 membres, parmi lesquels on trouve 5 médecins : Blanquié (PS), président, Fournier (radical tendance majorité présidentielle), Lamothe (PS), Mirtin (UDR / RPR), Harribey (sans étiquette, centre droit). Pour un peu plus de 20 % des conseillers généraux, les médecins constituent presque 50 % de la commission.

Pour les années 79 et 82, nous retrouvons une configuration assez proche :

- En 1979, il y a 10 médecins sur 30 conseillers généraux, dans un Conseil Général orienté à gauche : 3 PS (Blanquié, Labeyrie, Lamothe), 5 de droite (Barrère, Harribey, Laulom, Puyo, Mirtin), 1 socialiste dissident (Estivals), 1 centre gauche proche de la majorité présidentielle (Fournier). La commission « Action sanitaire et sociale », présidée par le docteur Blanquié (PS), est composée de 11 membres dont 5 médecins (Estivals, Labeyrie, Lamothe, Mirtin et Puyo).

En 1982, il y a 7 médecins pour 30 conseillers généraux. La majorité départementale est de même tendance qu'en 79. Il y a moins de médecins qu'en 79 mais comptent toujours pour un peu plus de 20%. On retrouve 3 PS (Dutin, Lamothe, Labeyrie), 3 droite (Puyo, Laulom, Harribey) et le docteur Estivals. Dans la commission A.S.S, on retrouve 5 médecins sur 12 membres.

Plusieurs analyses seront soumises à débat. La première insiste sur le possible effet de neutralisation partisane et professionnelle puisque pour les trois années, nous retrouvons une tendance à l'équilibre dans la représentation.

Pour la Gironde, l'analyse est possible à partir de 1979.

En Gironde, en 1979, sur 57 conseillers généraux, il y a 8 médecins avec une majorité départementale classée à gauche : 4 PS (Buffet, Langlois, Noel, Julien), 4 droite ou centre droit (Grondeau, Guirriec, Lestage, Dubos)

Pour la commission intitulée « Affaires sanitaires et sociales, travail, personnel départemental », la présence des médecins se traduit par un poste de Vice-président (Dubos), un de secrétaire (Guirriec), 4 postes de membre (Buffet, Julien, Grondeau, Lestage). Sur 14 personnes (Président de commission compris), il y a 6 médecins. Le pourcentage de médecins dans cette commission est plus élevé qu'il ne l'est au sein du Conseil général.

À partir de 1982, il faut signaler qu'en Gironde, il existe une commission chargée du « Personnel départemental » dont le président est le docteur Buffet, l'un des vice-présidents,

le docteur Dalbos, et qui comprend 3 médecins (Guirriec, Grondeau, Meyniac) sur un ensemble de 8 membres.

En 1982, il y a 11 médecins sur 63 conseillers généraux : 5 PS, 6 droite ou centre droit.

Sur 14 personnes, on trouve 6 médecins mais aucun aux postes de président, vice-président ou secrétaire. Les médecins comptent pour moins de 20 % des conseillers généraux, et près de 50 % des membres de la commission. Parmi les 6 médecins, 2 (Vérité, Buffet) font partie de la majorité départementale et 4 de l'opposition (Dubos, Dalbos, Dubos, Grondeau, Lestage).

Cette reconnaissance émanant des autres acteurs du Conseil général se fait parfois de façon très explicite.

Nous avons trouvé des indices nous permettant de penser que cette reconnaissance des partenaires institutionnels peut s'exprimer dans les échanges quotidiens au sein de l'assemblée départementale. Elle s'exprime plus nettement à propos des questions de Santé.

Ainsi lors d'un débat au Conseil général du Lot-et-Garonne sur un projet d'intégration du sanatorium de Monbron au centre hospitalier d'Agen⁶⁰, nous avons relevé l'intervention suivante :

Le Préfet : « Nous avons été frappés, M. le Président et moi-même, *bien que n'étant pas médecins*, par la qualité de l'appareillage existant. Nous avons convenu que dans un premier temps, M. le Directeur de l'Action sanitaire et sociale et Mme l'inspectrice de la santé organiseraient une réunion médicale avec les médecins des deux établissements concernés et les élus médecins directement concernés. »

Le deuxième exemple, pris lui aussi dans le département du Lot-et-Garonne indique que la reconnaissance est le fait du président du Conseil général⁶¹.

Dossier de demande de subvention pour l'achat d'un tomographe pour le dispensaire d'hygiène sociale d'Agen.

Le docteur L au nom de la commission I (Administration générale) est pour. Les docteurs E et A sont contre. Conclusion du président du Conseil général : « Nous venons d'entendre *l'opinion combien éclairée du corps médical...* la commission des finances repousse cette dépense. »

Une autre forme de reconnaissance se produit quand un acteur non-médecin fait référence à sa propre incompétence par rapport à une question médico-sociale :

⁶⁰ AD 47, délibérations du Conseil général, 11 PO 42, p. 201.

⁶¹ AD 47, délibérations du Conseil général, 11 PO 42, p. 206.

Propos du conseiller général L : « je n'émettrai pas un avis sur l'aspect médical, je n'ai pas de compétence pour cela »⁶².

Participation financière du département de la Gironde⁶³ à l'organisation de la lutte contre le cancer, rapporteur, le docteur G, intervenants, les docteurs L, G, et D.

Conclusion du président du Conseil général : « Je remercie M. Dalbos et tous les docteurs qui ont donné des explications ».

Mais la reconnaissance peut aussi consacrer le lien particulier entre la profession médicale et les préoccupations sociales en soulignant leur position clef dans le système de financement et de dépense : « Cette maîtrise passe par les instances de base : médecins, mairies, et commissions d'admission qui sont en définitive les véritables ordonnateurs d'une grande partie des dépenses de l'aide sociale. »⁶⁴

Pour rendre compte de la motivation personnelle des médecins nous avons introduit un autre paramètre que celui résultant d'une auto-attribution de compétence à intervenir dans ce secteur. Il s'agit de l'implication des médecins dans des activités associatives sociales, médicales ou médico-sociales. Le cas du docteur Grondeau est assez évocateur sur ce point lorsqu'on examine la liste des positions qu'il a occupées, en dehors de celles résultant de son mandat de conseiller municipal de Bordeaux et de celui de député entre 1968 et 1973.

Il faut aussi citer celui du docteur Buffet à Talence comme l'indiquait une de ces déclarations de campagne. Il convient aussi de prendre en compte le fait que le choix de s'intéresser à ce secteur puisse être une continuation d'un engagement partisan.

2.2.2 La compétence exercée

L'étude des différentes expressions de la compétence mise en œuvre par des médecins conseillers généraux conduit à distinguer le registre de la médiation sociale de celui de la mise en forme de l'action sanitaire et sociale. L'implication des élus dans ce registre d'agir est d'autant plus prononcée qu'ils ne peuvent revendiquer ni la responsabilité administrative incarnée par le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales, ni la responsabilité politique assumée par le préfet.

⁶² Archives départementales des Pyrénées-Atlantiques (AD 64), délibérations du Conseil général, 1983, p. 135.

⁶³ Archives départementales de la Gironde (AD 33), délibérations du Conseil général, 1971, séance du 14 janvier 1971, rapport n°27.

⁶⁴ AD 24, Rapport sur le fonctionnement des divers services de la DDASS, PO5 119, 1979, p. 394.

Ce que l'on a pu appeler « une gestion clientéliste et très pragmatique des problèmes sociaux »⁶⁵ concerne une conception de la compétence de conseiller général qui en fait un médiateur des intérêts sociaux avec lesquels il se trouve en contact quotidien dans son canton. Il convient d'apporter une première nuance relativement au secteur de l'action sanitaire et sociale entre les élus des cantons ruraux et ceux des cantons urbains. Chez ces derniers, la médiation est peut être plus orientée vers la représentation des intérêts des associations auxquelles ils apportent leur contribution d'une façon ou d'une autre dans la mesure où la taille d'un canton urbain n'implique une diversité d'enjeux comme cela peut être le cas dans un canton rural. De plus, la présence associative est plus concentrée en milieu urbain. Comme on le verra plus loin, avec le cas du docteur Grondeau, le cumul des positions dans différentes associations permet d'élargir le champ de son activité de médiation tout en améliorant sa compétence d'articulation entre les différents segments du secteur. Avant la décentralisation, la représentation des intérêts s'exerce d'autant plus facilement que les élus n'assument pas la responsabilité des choix en matière de financement. La réussite de ce type de médiation découle principalement de l'insertion de l' élu dans le réseau décisionnel local. C'est en ce sens là qu'un candidat au conseil général peut affirmer en présentant sa candidature en 1981 : « J'ai pensé que je pourrai mieux les convaincre de l'importance des questions sociales »⁶⁶.

Il convient de signaler que dans un canton urbain, et donc dans une unité urbaine importante, le dispositif institutionnel en matière sanitaire et sociale est plus développé, la compétence d'articulation inter-institutionnelle plus nécessaire.

Élu d'un canton rural, le conseiller général médecin est plus orienté vers la pratique d'une médiation en direction des individus. Il a « une connaissance très individualisée des situations auxquelles il doit faire face »⁶⁷. Il va, par exemple, agir pour faire aboutir un dossier dans une commission cantonale d'accès à l'aide sociale ou tenter d'obtenir un financement pour une opération de réhabilitation ou d'expansion d'un hospice. On a vu précédemment que l'agir développé par les élus avait parfois influencé des évolutions comme celle qui a concerné l'Allocation compensatrice pour Tierce personne. Sa pratique de médecin et de conseiller général va lui donner « une vision très schématique des problèmes sociaux et des procédures administratives générales qui en commandent le traitement au niveau des grandes organisations de l'Etat ou du département »⁶⁸.

⁶⁵ J-C. Guyot, F. Vedelago, *op. cit.*, p. 203.

⁶⁶ Docteur Chollet, cantonale partielle de 1981 d'Agén Centre, *Le Petit Bleu*, 30 mai 1995.

⁶⁷ J-C. Guyot, F. Vedelago, *op. cit.*, p. 204.

⁶⁸ *ibidem*.

Une compétence amplifiée par le cumul des positions.

Pour illustrer notre propos nous partirons de la présentation des positions occupées par le docteur G en 1972⁶⁹ :

- Conseil d'administration (CA) de l'association des centres médico–psycho–pédagogiques.
- Commission départementale de contrôle de l'aide médicale.
- Conseil départemental de l'hygiène.
- Conseil d'administration du centre régional de lutte contre le cancer de Bordeaux et du Sud Ouest.
- Commission administrative de la Fédération girondine des œuvres anti – tuberculeuses.
- Comité départemental de transfusion sanguine.
- Conseil d'administration de l'Association régionale pour la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence.
- Conseil de santé mentale (Hôpital Château Picon).
- Comité de liaison et de coordination des services sociaux.
- Conseil départemental de la protection de l'enfance.
- Commission régionale de l'équipement sanitaire.
- CA de l'Association « Ecole des parents et des éducateurs d'Aquitaine ».

Ce cumul des positions dans lequel nous n'avons pas pris en compte celle de conseiller municipal de Bordeaux et de conseiller de la Communauté urbaine nous permet de fournir plusieurs lectures.

Nous considérons ici la position comme un point d'accès à la connaissance des réalités sociales et un lieu d'où peut se développer un certain type d'agir.

Le conseiller général médecin qui participe à l'action d'une association a la possibilité de relier ce qu'il sait à propos de cette action à la connaissance de l'environnement institutionnel. Le cumul de ses participations donne au conseiller général une connaissance qu'il peut utiliser dans le cadre de ses fonctions électives. Sa compétence s'identifie à une capacité d'articulation entre le secteur institutionnel et le secteur associatif. Le savoir qu'il acquiert dans ce contexte porte autant sur la consistance matérielle des réalités que sur la construction intersubjective dont elle peut faire l'objet. En terme d'agir, le conseiller général peut influencer les orientations de l'association en direction de tel ou tel organisme, recommander l'usage d'un dispositif juridique plutôt qu'un autre. Le cumul des positions induit un croisement des compétences.

⁶⁹ AD 33, délibérations du Conseil général de la Gironde, 1972, séance du 4 février 1972, p. 724 – 727.

De par leur position de conseiller général, les médecins ont accès à d'autres positions au sein d'un grand nombre d'instances incluses dans le domaine de compétence du conseil général. Ce qui a été dit pour le docteur Grondeau est vérifiable pour d'autres médecins exerçant le mandat de conseiller général.

Par exemple dans sa profession de foi pour les élections cantonales de 1961,⁷⁰ le docteur Lagoubie fait état des positions qu'il occupe, parmi celles-ci, notons la présidence de la commission de suivi de l'hôpital de Vauclaire, celle du sanatorium interdépartemental de la Meynardie.

Ce cumul des positions dans l'appareil administratif local induit un élargissement du champ des savoirs que peut acquérir l' élu. D'autant que le secteur sanitaire et social avant la décentralisation laisse à la santé une part plus importante qu'elle ne le sera après la décentralisation. Mais ici la compétence des élus est une capacité à connaître et non à agir. Cela les conduit à intervenir dans les débats portant sur les questions d'équipement hospitalier.

Ainsi les docteurs Pascaud, Magimel-Pelonnier et Clément-Colas ont-ils formulé un vœu en 1976⁷¹ pour l'installation d'une bombe à cobalt à l'hôpital de Périgueux. Dans la réponse qui leur est donnée, notamment la référence à l'équipement de l'hôpital de Libourne, il est clair qu'il s'agit d'un enjeu relevant de la répartition régionale de l'équipement sanitaire. Il faut rappeler que ces trois médecins sont ceux qui, à cette époque, possèdent un capital d'autorité politique important.

Il y a des instances qui apparaissent plus déterminantes. Nous prendrons l'exemple de l'équipement sanitaire. Il faut distinguer deux commissions : la commission départementale de l'équipement dans sa section II, consacrée à l'équipement sanitaire et social, et la commission régionale d'équipement sanitaire. Cette dernière est celle dans laquelle se définissent les orientations de la carte sanitaire. Elle intervient dans la programmation des opérations de création et d'aménagement des structures hospitalières. On peut mesurer l'importance de cette institution par rapport au Conseil général à l'occasion du débat sur la préparation de la carte hospitalière dans le cadre du cinquième plan⁷². Au cours des échanges, le conseiller général D du canton de La Réole rappelle ce qui avait été dit le 13 janvier de la même année suite au rapport⁷³ du docteur G relatif à la participation du département au

⁷⁰ *Sud Ouest*, 24, 2 juin 1961.

⁷¹ AD 24, délibérations du Conseil général, 1976, séance du 10 juin 1976.

⁷² AD 33, délibérations du Conseil général, 1971, séance du 20 janvier 1971, dossier n°117.

⁷³ AD 33, délibérations du Conseil général, 1971, séance du 13 janvier 1971, rapport n°19.

financement des travaux d'aménagement du CHR. Le docteur L, conseiller général de Langon, avait clairement indiqué que la transformation de l'hôpital de Langon en annexe du CHR de Bordeaux associerait le développement du premier à celui du second et que cela poserait tôt ou tard la question des modalités d'existence des hôpitaux de La Réole et de Bazas. Nous avons déjà indiqué que le professeur P était détaché du CHU auprès de l'hôpital de Langon. Nous relevons que dès 1971, les termes de la conflictualité sociale et politique, qui s'est dénouée au cours des années 90, étaient posés.

La position de membre de la commission régionale d'équipement sanitaire nous paraît liée à celle de membre de la commission départementale dans la section « équipement sanitaire et social ». On note qu'en 1971, les docteurs Teyssandier et Martin, conseillers généraux de la Gironde, étaient membres de cette commission. En 1974, les représentants du Conseil général sont les docteurs Grondeau, Dubos et Andron (vétérinaire).

Le constat est identique pour la Dordogne : en 1970, les quatre représentants du Conseil général sont les docteurs, Lançon, Leclaire, Magimel–Pelonnier et Queyroi.

Après les élections cantonales de 1982, dans le Lot-et-Garonne, le docteur Faure est membre de la Commission régionale d'équipement sanitaire, les docteurs Brunet et Yvinec sont les représentants du Conseil général à la Commission départementale de l'équipement, section II. Bien que nous n'ayons pas fait d'étude systématique sur la composition de ces commissions, ces quelques indications laissent penser qu'elles sont importantes. Les relations du Conseil général avec les centres hospitaliers, qu'ils soient hôpital local, hôpital rural ou centre hospitalier général, découlent de la participation de l'institution départementale aux frais de fonctionnement ou d'équipement de ces établissements. Pour les centres hospitaliers les plus importants, les interventions prennent la forme d'une participation, sous forme de subvention, aux dépenses occasionnées par l'aménagement des structures hospitalières⁷⁴. Ces participations sont moins significatives que celles engagées en faveur des établissements psychiatriques et des hospices. Elles permettent aux conseillers généraux d'avoir une connaissance précise des opérations engagées⁷⁵ et cette connaissance amplifie leur compétence générale sur ce domaine.

Dans le cas de l'appartenance à la commission régionale d'équipement sanitaire, il faut produire plusieurs lectures. Pour le médecin, c'est la possibilité d'avoir une connaissance d'un

⁷⁴ *Sud Ouest*, 24, 16 mai 1961 « Les vœux du Conseil général », demande du docteur Leclaire pour l'attribution d'un prêt du Conseil général pour la création d'un institut médico-pédagogique à l'hôpital de Sarlat.

⁷⁵ Docteur Buffet rapporteur en 1983 du dossier « Participation aux dépenses d'investissement des établissements hospitaliers », AD 33, délibérations du Conseil général, 1983, p. 125.

domaine où se croisent les enjeux de politique nationale et d'aménagement local. Par-là même, il peut s'exprimer sur des dossiers locaux à partir d'une perspective plus large. Il n'est pas interdit de penser qu'il puisse intervenir pour infléchir une décision dans un sens plutôt que dans un autre même si cela reste difficile à démontrer surtout lorsqu'il est membre du conseil d'administration d'un hôpital. Le docteur Grondeau est au cours des années 70 représentant de la majorité gaulliste dans un Conseil général plutôt dans l'opposition à ce courant. Etant également député, il peut plus facilement intervenir sur des dossiers concernant la carte hospitalière. Dans ce cas, nous nous situons dans une deuxième lecture de la position. Elle est conçue comme un élément d'un espace relationnel dans lequel la compétence requise est celle de la négociation, voire de l'influence. Pour les autres conseillers généraux la détention de cette position est une source d'attribution de compétence dans la mesure où ils supposent chez le docteur Grondeau une capacité d'influence réelle.

Le troisième ensemble de positions que l'on peut discerner est celui constitué par les établissements hospitaliers et les maisons de retraite relevant du Conseil général. Le Conseil général envoie un de ses représentants dans chacune de ces institutions mais son champ d'intervention est variable. Il a la responsabilité directe des maisons de retraite et des établissements relevant du secteur psychiatrique en matière d'investissement et de fonctionnement. Cela explique que les conseillers généraux soient conduits comme le docteur Moulinier⁷⁶ en 1988, à produire des rapports sur l'activité de ces établissements.

Dans les communes dotées d'un hôpital local ou d'un centre hospitalier, les hospices ou maisons de retraite sont souvent associés à la structure hospitalière. L'importance de ces relations a été particulièrement sensible dans une ville comme Sainte-Foy-La-Grande au moment de la restructuration de son service hospitalier. La réduction de l'activité de ce dernier a trouvé sa contrepartie dans la rénovation de la maison de retraite, opération financée à hauteur de 30 % par le département et par l'Etat. Cela a permis au Président du Conseil général de rappeler la « mission historique » de cette institution en matière de solidarité⁷⁷.

Une compétence singulière découlant totalement du principe de continuité : la compétence de qualification médicale

On a vu que dans la structuration historique du secteur sanitaire et social la « séparation du sanitaire et du social se présente comme une construction stratégique des champs d'application des politiques publiques en matière de santé et de prise en charge des problèmes

⁷⁶ AD 24, rapport sur l'établissement public de Clairvivre, délibérations du Conseil général, 1988, n°348, PO5, p. 145.

sociaux »⁷⁸. Mais cette segmentation n'exclut nullement une articulation entre les différents éléments du secteur. Or dans la période antérieure à la décentralisation, la compétence de qualification permet aux médecins, élus ou non, de répartir les dossiers entre les différentes filières de traitement. C'est par leur intervention que peut être assuré le fonctionnement interne du système puisque, suivant leur décision, un cas appelle soit un suivi médical, soit une orientation médico-sociale, soit une approche purement sociale. La position de la profession médicale est de ce point de vue stratégique. On a pu ainsi observer que dans la constitution du champ de l'inadaptation « les notables et médecins se trouvent devoir négocier leurs prérogatives d'orientation et de répartition institutionnelles des publics avec les services publics, les représentants des personnels enseignants, les autorités administratives départementales » en raison de « la départementalisation de l'accès des bénéficiaires aux équipements publics et de la planification de ces derniers »⁷⁹.

La spécificité de la position des médecins découle de leur participation à la construction intersubjective de la qualification médicale. Il peut y avoir autant concurrence que compréhension entre ceux qui sont élus et ceux qui ne le sont pas. Notons également que les différentes orientations peuvent aboutir au placement d'un individu dans un certain type d'établissement recommandé par un ou des médecins pour des raisons diverses. L'engagement de certains médecins dans les associations intervenant dans le secteur sanitaire et social induit aussi cette éventualité.

Le monopole du discours sur les questions médicales

Pour tenter de comprendre la nature de la compétence mise en œuvre par les médecins conseillers généraux, il est souhaitable d'adopter deux angles d'observation. Le premier consiste à indexer la compétence des élus sur la compétence définie institutionnellement. Par exemple, nous savons que le département a en charge la gestion du secteur psychiatrique. Certains de ces établissements ont un statut interdépartemental comme celui de La Meynardie en Dordogne. Ainsi lors d'un débat au Conseil général de la Gironde⁸⁰, on a examiné la possibilité d'une contribution de ce département à l'ouverture d'un service pour des malades du 3^e âge à orientation psychiatrique, le docteur I intervenant pour apporter des précisions sur le terme « orientation psychiatrique ».

⁷⁷ *Le Résistant*, 23 février 2001.

⁷⁸ J-C. Guyot, F. Vedelago, *op. cit.*, p. 142.

⁷⁹ P. Valarié, « Vers une gestion négociée de l'action sociale : du néo-corporatisme associatif au social contractuel », *Pôle Sud*, n°4, p. 84.

⁸⁰ AD 33, délibérations du Conseil général, 1971, séance du 13 janvier 1971, rapport n°201.

Le secteur psychiatrique et celui des handicaps constituent un champ de compétence institutionnelle qui appelle une compétence médicale.

Par exemple, sur une question comme celle des centres de planification ou d'éducation familiale, le docteur D s'exprime de la façon suivante « Il y a une raison qui, pour moi est essentielle en médecine, je suis fait pour prolonger la vie et la protéger, je ne peux pas m'associer en ce qui concerne les centres d'avortement. Supprimer une vie pour des raisons de confort, la supprimer pour des raisons personnelles, j'y suis profondément hostile. »⁸¹ Dans un secteur qui pourrait apparaître comme rattaché au social, le médecin exprime un point de vue normatif qu'il fonde sur sa qualité de médecin. Plus précisément, il s'appuie sur son interprétation de l'éthique médicale pour formuler un jugement sur une question qui pourrait faire l'objet d'une lecture sociale.

Pour l'adoption du règlement départemental⁸² de l'aide médicale qui porte sur le libre choix du praticien pour les bénéficiaires de l'aide médicale, le débat met en jeu quatre médecins, deux de droite (G et D) et deux PS (J et N). Au cours des échanges, on s'aperçoit que la question sociale est étroitement associée à l'un des principes fondateurs de la médecine en France, celui de la liberté de choix du praticien par les patients.

On peut aussi relever des interventions comme celle du docteur Quey... demandant que les patients soient admis à l'hôpital sur simple présentation du certificat médical indiquant le service concerné⁸³.

La position des médecins par rapport au secteur sanitaire et social n'est pas une position de monopole

La thèse de la continuité doit cependant être relativisée au regard de certains éléments de fait. Pour des raisons spécifiques au cadre d'expérience politique départemental, l'action sanitaire et sociale est parfois dirigée par des élus qui ne sont médecins.

Si on retient comme indicateur la détention des postes de président et de vice-président de la commission chargée du secteur sanitaire et social, on s'aperçoit qu'ils sont parfois occupés par des conseillers généraux non médecins mais qui détiennent des positions d'autorité au sein de la majorité départementale.

En Gironde, en 1982 et 1985, aucun médecin n'occupe une de ces positions même si certains sont membres de la commission.

⁸¹ AD 33, délibérations du Conseil général, 1976, séance du 13 janvier 1976.

⁸² AD 33, délibérations du Conseil général, 1982, réunion du 22 juin 1982.

⁸³ *Sud Ouest*, 24, du 16 mai 1961.

En 1979, en Dordogne, la commission qui inclut le secteur ne comprend qu'un médecin et aucun à la présidence ou la vice-présidence.

Ce constat appelle deux explications.

En premier lieu, la distribution des postes de président et de vice-président repose sur d'autres critères que celui de la continuité des compétences. Les rapports de force partisans, la personnalité politique des individus sont des facteurs qui peuvent mettre au second plan la reconnaissance de cette continuité. Pour certains élus départementaux non-médecins, l'engagement dans ce secteur relève de leurs conceptions politiques.

En second lieu, il ne faut pas négliger le fait que dans la période antérieure à la décentralisation, l'action sanitaire et sociale du département est un secteur susceptible de donner lieu à des phénomènes proches du clientélisme. Comme nous l'avons noté, le conseiller général peut intervenir sur des dossiers individuels et pour l'octroi de subventions aux associations.

2.3 La continuité des compétences et le cadre d'expérience communal en matière sanitaire et sociale

Comme cela était indiqué plus haut, le volume des dépenses d'aide sociale des communes commence à augmenter fortement entre 1975 et 1983 en raison des premiers effets de la situation économique. Il faut relier l'importance symbolique et matérielle de l'action sociale à la taille des communes. Pour le plus grand nombre de communes, les plus petites, l'action sociale est un secteur relativement limité. Là où existe une maison de retraite, cette dernière constitue souvent le principal sujet de préoccupation des élus en matière sociale. Le médecin a plus de chance d'obtenir des améliorations dans la maison de retraite de sa commune s'il entretient des relations positives avec ceux qui au Conseil général peuvent relayer ses demandes. Les positions de maire et de médecin facilitent cette insertion dans les réseaux relationnels locaux.

Si le médecin conseiller général occupe un mandat de conseiller municipal, il peut alors réaliser cette part du travail relationnel au profit des administrés de sa commune.

La distinction des cadres est une des conditions préalables à notre présentation. Comment, en effet, adopter la même perspective pour des communes rurales où la faiblesse du secteur santé explique son association institutionnelle aux questions sociales, et des villes plus ou moins bien dotées d'équipements sanitaires publics ? Parmi les unités urbaines importantes,

certaines ont développé des politiques municipales de santé, d'autres non. D'autres encore développeront des initiatives en matière sociale dès le début des années quatre-vingts sur la base des orientations gouvernementales en matière de prévention de la délinquance et de développement social des quartiers. Or ces dispositifs seront articulés plus tard avec des politiques de santé.

Dans les communes rurales, la continuité des compétences du médecin maire ou conseiller municipal s'établit sur le contact quotidien avec les administrés pour le traitement des demandes individuelles, en ce sens le médecin élu apparaît comme celui qui a pour tâche de « résoudre les problèmes pratiques que l'on vient lui soumettre⁸⁴, il peut ainsi figurer dans la catégorie des acteurs dont le « but n'est pas le savoir mais l'action »⁸⁵.

La compétence qu'il peut développer dans ce secteur le conduit à intervenir auprès des instances cantonales en usant de l'effet position que peut générer son activité professionnelle. Nous avons vu dans le chapitre deux quel type de compétence les médecins élus municipaux sont capables de produire lorsqu'ils étaient amenés à participer à la vie d'un établissement hospitalier dans leur commune.

La perspective socio-sanitaire est adoptée par des municipalités qui l'inscrivent dans une conception d'ensemble.

Dans les grandes unités urbaines, le médecin élu municipal inscrit son action dans celle de la collectivité dont il est un des représentants. Or depuis la fin du dix-neuvième siècle les grandes villes développent une action publique spécifique en matière de santé publique de sorte que l'on puisse observer chez certaines d'entre elles l'adoption d'une perspective de santé publique. Nous avons évoqué à plusieurs reprises dans notre thèse le cas de la médecine hygiéniste⁸⁶ et le rôle que certains médecins ont pu jouer, au plan local, dans ce mouvement de structuration de l'action publique. Dans l'organisation des services communaux, les bureaux d'hygiène tirent leur singularité de l'ambivalence de leur statut juridique puisqu'ils dépendent pour leur fonctionnement d'un financement de l'Etat, et des prérogatives préfectorales en matière d'hygiène, alors qu'ils restent « placés sous l'autorité tutélaire des municipalités qui décident de leurs attributions et de leurs champs d'intervention »⁸⁷. C'est précisément en fonction de la marge d'intervention laissée aux autorités municipales que

⁸⁴ E. Freidson, *La profession médicale, op. cit.*, p. 31.

⁸⁵ E. Freidson, *op. cit.*, p. 176.

⁸⁶ S. Barry, « La loi du 5 février 1902 : quelques-unes de ses applications à Bordeaux au début du 20^e siècle », dans J-C. Guyot., B. Hérault (dir.), *La santé publique : un enjeu de politique municipale*, Bordeaux, Ed. de la M.S.H.A, 2001, p. 95-131.

l'agir public municipal dans ce domaine s'est développé de façon plus ou moins étendue⁸⁸ même s'il représente une très faible part des budgets municipaux.

On remarque que seulement 52 % des villes ayant l'obligation de créer un bureau municipal d'hygiène se sont conformées à cette obligation⁸⁹. C'est-à-dire que les prescriptions institutionnelles ont été suivies en fonction du « poids des déterminants sociaux et politiques locaux »⁹⁰. Lorsque ces prescriptions ont été suivies, elles ne l'ont pas été de façon uniforme. Ainsi, lorsqu'il analyse la consistance des politiques menées par les villes à partir de leur BMH, Pierre Valarié distingue trois modèles : le modèle « réglementaire », le modèle « police sanitaire » et le modèle « professionnel médical » qui expriment une graduation croissante dans l'intensité de la politique municipale en matière sanitaire.

Hormis cela, certaines villes comme Ivry ou Béziers, ont développé des politiques de santé publique en créant des équipements et en instaurant des procédures visant à donner corps à leur intention : centres municipaux de santé, services de médecine professionnelle intégrée au Bureau municipal d'hygiène, accord entre le service et la médecine libérale pour l'organisation d'un tour de garde de médecine générale avec participation financière de la ville.

En soulignant, la diversité des traductions locales en matière d'action sanitaire, nous entendons montrer que si les communes ont développé une action spécifique en ce domaine, elles seront peut être mieux placées pour participer à des actions publiques ou encourager des initiatives privées. En tout état de cause, notre intérêt pour les médecins élus locaux ne nous conduit pas à négliger la spécificité du secteur santé dans certaines villes comme celle de Saint-Denis⁹¹ où sa consistance découle de choix politiques et pas nécessairement de l'action de membres de la profession médicale.

Cette action a été poursuivie tout au long du vingtième siècle avec la création dans certaines villes d'un service communal de santé scolaire parallèle à celui du ministère de l'Education nationale.⁹² C'est véritablement dans la période qui a suivi la deuxième guerre mondiale que certaines municipalités, comme celle de Bordeaux, intègrent la santé scolaire dans une action

⁸⁷ P. Valarié, « Gouverner l'archipel urbain : actions et réseaux de santé publique à Béziers », dans D. Fassin (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique*, Paris, La Découverte, 1998, p. 50.

⁸⁸ Voir l'exemple de la ville de Béziers présenté par Pierre Valarié dans le même article p. 63.

⁸⁹ P. Valarié, *op. cit.*, p. 53.

⁹⁰ P. Valarié, *op. cit.*, p. 62.

⁹¹ M. Joubert (dir.), F. Bertolotto, P. Bouhnik, *Quartier, Démocratie, et santé*, Paris, L'Harmattan, 1993, p. 21-22.

⁹² B. Hérault, « La santé scolaire dans le miroir de la politique locale, le cas de Bordeaux », dans *La santé publique : un enjeu de politique municipale*, *op. cit.*, p. 221-250.

sanitaire plus large, conception qui s'explique aussi par l'intervention de réseaux d'experts médicaux auprès des élus.

Mais la singularité de l'agir public communal dans le secteur sanitaire s'exprime par des initiatives de nature différente. Ainsi l'institution des centres municipaux de santé⁹³ en 1945, si elle peut être comprise comme le prolongement de l'action sanitaire communale initiée à la fin du dix-neuvième siècle, introduit une conception de la médecine qui entrera en conflit avec le courant de la médecine libérale au début des années 70.

De ce point de vue, il n'est pas interdit de penser que certains médecins élus, plus favorables à la médecine libérale qu'à une médecine sociale, aient été en position de freiner l'initiative locale dans ce secteur soit en agissant pour empêcher la création de centres nouveaux ou en laissant les structures existantes sans aucune perspective de développement.

Dans la pluralité des contextes communaux et départementaux, nous avons montré que la thèse de la continuité des compétences peut se vérifier sous certaines contraintes et selon des modalités différenciées. Les dispositions institutionnelles et les réalités sociales qu'elles ont pour champ de compétence constituent un cadre dans lequel les médecins élus locaux peuvent imposer une position d'expertise sur les questions sanitaires à proprement parler mais également dans le domaine social en raison des liens qui se sont instaurés entre ces deux secteurs au cours de l'histoire et notamment sur une conception de la santé publique. Dans ce cas, la compétence exercée par ces élus consiste à une capacité de qualification des situations susceptibles d'entrer dans les dispositifs institutionnels, et une maîtrise de l'articulation organisationnelle de ses dispositifs.

Nous avons relevé que le secteur sanitaire et social ne se développe pas dans les espaces urbains de façon homogène. Par exemple, les centres municipaux de santé sont pour 52 % créés dans des villes à direction communiste. Les institutions publiques dans ce domaine sont aussi en opposition avec les intérêts professionnels de la médecine libérale. S'il exact de dire que des médecins participent à ces créations, il n'est pas interdit de penser que d'autres s'y opposent quand ils sont élus. La part du secteur santé dans l'agir public local dépend aussi des conceptions propres au cadre d'expérience politique local. En soulignant cela nous indiquons aussi les limites d'une approche qui se limiterait à une perspective centrée sur les médecins élus locaux en sous estimant l'insertion de la perspective bio-thérapeutique dans le cadre d'expérience politique local.

⁹³ J-C. Guyot, « L'institution municipale des centres de santé », dans *La santé publique : un enjeu de politique municipale*, op. cit., p. 251-270.

3 CONTINUITÉ DES COMPÉTENCES ET PERSPECTIVE BIO-THÉRAPEUTIQUE DANS L'AGIR PUBLIC DÉCENTRALISÉ

Pour rester dans la logique interprétative qui a été adoptée en début de thèse nous partirons du postulat que la compétence attribuée aux médecins élus, municipaux et cantonaux, doit être analysée suivant l'évolution du contexte dans lequel elle est conduite à se manifester. La compétence attribuée aux médecins élus locaux dépend du contenu des prescriptions institutionnelles, de son évolution, et des attentes que les différents agents peuvent former à l'encontre de l'agir public local. Or les positions à partir desquelles s'expriment ces attentes sont variées : usagers des services publics locaux, associations travaillant avec ces services, bénéficiant parfois de financements des institutions locales, représentants de l'Etat. La question de la continuité des compétences doit donc être saisie au regard des changements affectant ces propriétés contextuelles. Le cadre d'expérience départemental permet de relier la compétence des conseillers généraux aux prescriptions institutionnelles et aux interprétations dont elles font l'objet.

Ces remarques d'ordre général trouveront leur application dans l'étude de ce qui constitue le cadre d'expérience de la continuité des compétences : les différentes actualisations locales de la perspective bio-thérapeutique que nous appellerons le secteur socio-sanitaire en référence à sa consistance institutionnelle.

Les propriétés de ce cadre d'expérience connaissent des changements qui affectent la compétence attendue des médecins élus locaux. Comment ces variations peuvent-elles être appréciées ? Plusieurs questions se posent. Peut-on dissocier l'évolution de ce secteur des états successifs de l'environnement économique et social qui génèrent les demandes qui lui sont adressées ? Est-il concevable d'ignorer la diversité des espaces où s'actualisent les différentes actions publiques dans ce secteur ? Les dispositifs mis en place ne sont pas les mêmes suivant que l'on observe un département, une ville de plus de 30000 habitants ou une commune rurale. Faut-il voir dans le secteur sanitaire et social un lieu de recomposition de l'action publique qui « consiste en la recherche d'un nouveau positionnement de l'Etat et des différents niveaux de collectivités publiques les uns par rapport aux autres »⁹⁴ ?

Même s'il est difficile d'ignorer l'imbrication croissante des différents niveaux d'administration locale en matière sanitaire et sociale, nous distinguerons dans notre analyse l'espace départemental de l'espace communal.

⁹⁴ J-C. Guyot, B. Hérault, « L'initiative municipale dans le champ de la santé », dans *La santé publique : un enjeu de politique municipale*, op. cit., p. 13.

3.1 L'ambiguïté sanitaire et sociale dans le contexte départemental

Il ne serait pas très pertinent d'étudier la participation des médecins à l'agir public local en matière sanitaire et sociale en négligeant les effets de l'évolution économique et sociale sur la mise en forme problématique de ce secteur. L'augmentation de la misère, signalée dès le début des années 80 par des études comme celle de René Lenoir, s'est accélérée dans la même période que celle où la décentralisation s'est progressivement mise en place. L'agir public local dans ce domaine d'action s'est structuré autour du transfert de compétences qui faisait du département « le pivot, le centre des politiques de solidarité locale »⁹⁵. Réalité qui aura sa traduction symbolique lorsque les commissions précédemment chargées des « Affaires sanitaires et sociales » recevront l'appellation « Solidarité ». Terme qui pour un médecin conseiller général a une valeur intégrative quand il soutient que « le concept de solidarité participe non seulement de l'action sanitaire sociale mais aussi de la politique du logement, des transports, de l'éducation de l'emploi... »⁹⁶.

Mais la complexité de l'agir public local en matière sanitaire et sociale résulte aussi de l'imbrication entre les différents acteurs institutionnels caractérisée par une délégation croissante de l'Etat vers les collectivités locales : l'exemple le plus évident est celui de la mise en place du Revenu minimal d'insertion qui confie aux départements la gestion du dispositif en relation avec les communes pour la constitution des dossiers et la mise en œuvre de l'accès gratuit aux soins ; nous pouvons aussi mentionner les traductions locales des orientations en matière de politique de la ville, de prévention de la délinquance.

Avant d'étudier la question de la continuité des compétences dans le cadre d'expérience départemental, quelques précisions doivent être apportées.

La définition d'un dispositif juridique, composé des lois du 2 mars 1982, du 7 janvier 1983 et du 22 juillet 1983, organisant le transfert de l'Aide sociale aux départements ne doit pas faire oublier les réalités sociales et budgétaires qui différencient, les départements d'Aquitaine. Ces disparités sont repérables dans plusieurs secteurs : transferts financiers de l'Etat vers les départements résultant des situations antérieures à la décentralisation⁹⁷, structure interne des budgets départementaux et répartition entre les différentes actions relevant de l'Action

⁹⁵ G. Cloarec, « La décentralisation : état des lieux en janvier 83 », *Décentralisation et politiques sociales*, Paris, Futuribles/CEPES, 1983, n° 41.

⁹⁶ Docteur G. Duhamel, *ibidem*.

⁹⁷ C. Rioual, *Décentralisation et dépenses d'aide sociale. Le cas des départements aquitains*, Bordeaux, Centre de sociologie de la santé, Politiques locales de santé-2, 1991, p. 12.

sanitaire et sociale⁹⁸. La décentralisation a été mise en pratique par des élus qui avaient déjà une expérience de l'action sanitaire et sociale même s'il n'avait pas la maîtrise de la décision budgétaire sur ce domaine.

De plus ce cadre d'expérience est évolutif. Les transferts de l'Etat vers les départements effectués en 1984 sont estimés dans un premier temps sur le niveau des dépenses antérieures dans ce secteur (1983). L'autonomie de décision départementale ne peut donc s'affirmer que progressivement, compte tenu du temps nécessaire à l'apprentissage gestionnaire, pour pouvoir ensuite exprimer la capacité d'initiative que lui permet ce dispositif juridique. La compétence des élus est concernée par cette évolution quand elle est considérée comme le savoir de leur position. Si la décentralisation « transforme totalement la position et les responsabilités des acteurs impliqués »⁹⁹, les médecins conseillers généraux ne peuvent ignorer les transformations institutionnelles qui touchent la consistance du secteur sanitaire et social départemental et la responsabilité budgétaire qu'ils doivent dorénavant assumer.

3.1.1 Les éléments du cadre d'expérience qui relativisent la portée de la continuité des compétences des conseillers généraux médecins

En recevant la signature de l'action publique locale en matière d'action sociale, l'institution départementale se trouve dans la position d'avoir à en assumer l'auctorialité et l'autorité. L'auctorialité désigne le travail de conception de l'agir public dans ce secteur qui peut conduire à une lecture en terme de « politique publique » catégorie empruntée à la qualification de l'action publique d'Etat. Nous n'entrerons pas dans le débat concernant la qualification de l'action publique départementale dans ce secteur pour plusieurs raisons. La catégorisation en terme de politique publique ne paraît pas toujours évidente dans ses contenus. Ainsi les conceptions qui président à la définition des objectifs sont assez variables. Il est assez délicat de demander à des élus locaux de réaliser ce travail de conception compte tenu du temps d'adaptation nécessaire à leur nouveau cadre d'expérience. La faiblesse des marges d'action budgétaire concernant ce secteur laisse peu de place à l'innovation. L'authenticité de l'intervention des élus est donc difficilement perceptible.

⁹⁸ C. Rioual, *op. cit.*, chapitre 5.

⁹⁹ C. Rioual, *op. cit.*, p. 15.

Que l'on raisonne en terme de « secteur d'action administrative décentralisée », de « gestion territorialisée du social »¹⁰⁰ ou de « politique publique locale », les propriétés du cadre d'expérience de l'action sociale locale ont changé.

Se référer à l'autorité des élus départementaux sur l'administration de ce secteur conduit à souligner le fait qu'il leur soit reconnu le droit et le devoir de faire appliquer leurs décisions au moyen d'une administration qu'ils dirigent. C'est aussi reconnaître la possibilité d'une mise en cause de cette autorité au moment des élections cantonales ce qui implique que les électeurs puissent avoir une connaissance réelle sur ces questions. Or si l'on en croit une étude réalisée quelques années après la décentralisation « la responsabilité du département comme promoteur d'action sociale ne serait connue que d'un français sur 10 »¹⁰¹.

3.1.2 Le cadre d'expérience de l'action sanitaire et sociale

Parce qu'il constitue la part la plus importante des budgets départementaux, le secteur de l'action sanitaire et sociale se trouve placé entre la primauté de la norme gestionnaire et les contraintes de la régulation politique interne.

L'un des traits du cadre normatif défini par la construction sociale des acteurs insiste sur un référentiel gestionnaire et l'inadaptation d'une posture idéologique. C'est ainsi que « réduire les dépenses d'action sociale est devenu un impératif : c'est un critère de bonne gestion, de sérieux, de lutte contre le laisser–aller »¹⁰², la rationalité exprimée ainsi n'est que la reprise d'un registre de légitimation utilisé pour les politiques publiques gouvernementales. Cela peut entraîner certains départements à faire appel à l'expertise¹⁰³ pour établir des diagnostics et évaluer les conditions de mise en œuvre des politiques sociales.

Mais faire état d'une « focalisation importante des conseillers généraux sur des priorités d'ordre budgétaire »¹⁰⁴, c'est aussi accroître l'importance de la position d'expertise par rapport aux autres positions au sein de l'agir public local. Sur ce point la compétence des médecins, comprise ici du point de vue collectif, peut apparaître en retrait par rapport à celle des experts en gestion. Plus exactement, elle est prise entre l'expertise et le choix politique.

Ensuite, la prévalence du critère gestionnaire dans le cadrage normatif de l'action sociale a mis en évidence le rôle des organes centraux des Conseils généraux, présidence, bureau et

¹⁰⁰ J. Ion, *Le travail social à l'épreuve du territoire*, Paris, Privat, 1991, p. 16.

¹⁰¹ J-C. Guyot, F. Vedelago, *op. cit.*, p. 85.

¹⁰² J-C. Guyot, F. Vedelago, *op. cit.*, p. 97.

¹⁰³ J-C. Guyot, F. Vedelago, *op. cit.*, p. 78.

présidence de commission. Cela signifie aussi que l'insertion d'un agir individué doit se comprendre relativement à sa position par rapport à la majorité départementale. De ce point de vue, on peut soutenir que « les décisions sont prises dans un contexte au sein duquel l'appartenance partisane et l'appartenance à la majorité départementale constituent certainement une dimension essentielle du choix des décideurs »¹⁰⁵ de sorte que « la mise en œuvre des politiques sociales territorialisées ne peut être comprise sans tenir compte du jeu politique local »¹⁰⁶. Le critère partisan sert ici à décrire le positionnement particulier des acteurs dans l'interaction entre la majorité et l'opposition départementale.

Il ne semble d'aucun secours quand il s'agit de conférer une unité et une cohérence à la construction signifiante que les conseillers généraux peuvent réaliser pour qualifier l'agir public local dans ce domaine. C'est en ce sens que les politiques sociales sont « proclamées (au moins hors campagne électorale) *zone de non combat* », pour n'être « abordées qu'en termes techniques de coût budgétaire, de titularisation de personnels, de répartition des financements et des compétences »¹⁰⁷. Ainsi, « les choix politiques faits au niveau local ne peuvent découler d'un cadre idéologique ou fortement structuré »¹⁰⁸.

La variable droite / gauche permet de se situer par rapport à un groupe politique « mais elle n'a qu'une influence très réduite ou nulle sur les priorités ou les orientations des politiques sociales »¹⁰⁹. Comme l'indiquaient les auteurs de l'enquête déjà mentionnée « le clivage idéologique droite / gauche, ne se traduit pas secondairement par un clivage relatif aux objectifs des politiques sociales. Il traduit avant tout une appréciation positive sur l'action de ses partenaires et une opinion négative vis-à-vis de ceux à qui on s'oppose »¹¹⁰.

La seconde lecture qui peut être faite de cette ambiguïté réside selon nous dans la contradiction entre « l'investissement discursif »¹¹¹ dont ce secteur fait l'objet depuis qu'il est de la compétence des Conseils généraux et la difficulté que les élus départementaux rencontrent pour « conférer à des actions éclatées, décidées à des moments et pour des bénéficiaires différents, une unicité, une rationalité, une cohérence qui très souvent, ne préexistent pas aux discours »¹¹².

¹⁰⁴ J-C. Guyot, F. Vedelago, *op. cit.*, p. 186.

¹⁰⁵ J-C. Guyot, F. Vedelago, *op. cit.*, p. 80.

¹⁰⁶ J-C. Guyot, F. Vedelago, *op. cit.*, p. 80.

¹⁰⁷ P. Lehingue, *op. cit.*, p. 120.

¹⁰⁸ J-C. Guyot, F. Vedelago, *op. cit.*, p. 110.

¹⁰⁹ J-C. Guyot, F. Vedelago, *op. cit.*, p. 185.

¹¹⁰ *Ibidem.*

¹¹¹ P. Lehingue, *op. cit.*, p. 112.

¹¹² P. Lehingue, *op. cit.*, p. 112.

La complexité du secteur explique pour partie « les difficultés des élus pour énoncer des priorités et en définir le contenu »¹¹³, tout en favorisant la position des médecins qui ont une histoire avec son développement. La différenciation des conceptions des conseillers généraux sur l'Action sociale, aboutit à un clivage entre ceux qui « possèdent » et ceux qui ne possèdent pas « une information sur les politiques sociales et les dispositifs qu'elles impliquent »¹¹⁴. Les médecins sont les mieux placés pour revendiquer « une proximité du champ, qu'elle soit d'ordre professionnel ou statutaire qui permet de disposer d'une information suffisante sur les dispositifs de l'action sociale » et « c'est cela qui les différencie plus encore que la nature ou le contenu même des opinions qu'ils expriment »¹¹⁵, leur connaissance ne porte pas directement sur les finalités ou les orientations en matière d'action sociale¹¹⁶. Si les médecins ne sont pas des professionnels de la gestion, ils demeurent des connaisseurs du système d'administration de l'action sanitaire et sociale, et ce type de compétence peut leur être reconnu. Peut-être que cette connaissance commande un mode de construction des objets sociaux qui associe l'individuation des problèmes à la segmentation des filières de traitement.

La compétence attendue des médecins élus locaux doit donc intégrer une contrainte de gestion qui est une dimension nouvelle du cadre d'expérience. L'activité de médiation sociale qui paraissait si importante avant la décentralisation se trouve en contradiction avec elle sur plusieurs points. Le traitement des dossiers individuels alimente la charge financière du Conseil général, or chaque médecin qui intervient sait qu'il peut être jugé sur ce critère là. Un constat identique pourrait être formulé sur le financement accordé aux associations intervenant dans le secteur sanitaire et social. La réussite dans la médiation sociale ne met plus seulement en cause l'efficacité individuée d'un médecin mais l'ensemble de ses relations avec la majorité départementale. La position du conseiller général médecin a également changé par rapport aux personnels de l'action sanitaire et sociale. Avant la décentralisation, il a à travailler avec des personnels qui bénéficiaient d'une indépendance statutaire, aujourd'hui, il incarne dans son canton, l'institution qui emploie ces fonctionnaires. Il se retrouve dans une position qui l'oblige à développer une compétence d'animation des services et d'organisation des actions dans l'espace cantonal. Quand il est un élu membre de la majorité départementale, il doit exprimer une compétence de gestionnaire pour déterminer les limites de ce qui est

¹¹³ J-C. Guyot, F. Vedelago, *op. cit.*, p. 261.

¹¹⁴ J-C. Guyot, F. Vedelago, *op. cit.*, p. 103.

¹¹⁵ J-C. Guyot, F. Vedelago, *op. cit.* p. 184.

¹¹⁶ *ibidem*, p 184.

présenté comme une politique publique même si cette appellation paraît très discutable. Il lui appartient aussi de se positionner par rapport à l'ensemble des intervenants dans l'action sanitaire et sociale dans une position qui est nouvelle pour ces derniers également. L'attente de compétence change dans sa formulation.

L'observation du cadre d'expérience constitué par le système d'interaction entre le Conseil général et les associations conduit à envisager des changements dans les pratiques que les médecins conseillers généraux développent. Nous avons vu précédemment que les associations ont un rôle très important dans ce secteur depuis longtemps. Souvent, elles comptent des médecins dans leurs rangs soit au titre d'acteurs professionnels, soit dans une position d'administrateur. Avant la décentralisation, la confraternité professionnelle peut intervenir entre certains pour la reconnaissance de leur association par l'institution départementale. Aujourd'hui, la compétence d'un médecin conseiller général doit s'exprimer dans le sens d'une intégration, d'une mise en cohérence des différentes orientations de l'agir public local et son rapport aux associations doit s'inscrire conformément à cette logique. Une réflexion du docteur G. Duhamel, vice-président délégué aux affaires sanitaires et sociales du Conseil général des Hauts-de-Seine illustre assez bien cette évolution : « Ce qui mérite d'être dit, c'est que si l'initiative revenait au Conseil général, la demande consciemment ou inconsciemment formulée, était très forte du côté des associations. Elles étaient avides de rencontres. Beaucoup ont découvert qu'elles n'étaient pas seules à se battre, qu'il fallait qu'elles apprennent à mieux se connaître et qu'elles devaient continuer à converser entre elles. Cette découverte mutuelle s'accompagnait aussi d'une soif de savoir ce que faisait le Conseil général. Je pense que son rôle est aujourd'hui bien perçu, que ses tâches propres sont reconnues »¹¹⁷. Dans ce positionnement, la perspective exprimée relève plus d'un point de vue institutionnel que d'un point de vue personnel.

Il en est de même pour ce qui concerne la « multi-positionnalité » induite par le mandat de conseiller général.

En 1989¹¹⁸, le docteur Jean-Marie Quey..., succède à son père au Conseil général et doit reprendre les missions de représentation que ce dernier devait assurer. Il doit participer aux travaux de plusieurs commissions et comités : CDCAS, CAAS, CDAS, Commission régionale des institutions sociales, Comité départemental de l'hygiène, Comité départemental économique et social.

¹¹⁷ *L'Élu local* n°180, mars 1989.

¹¹⁸ AD 24, délibérations du Conseil général, 1989, PO5-149, p. 6.

Il représente le Conseil général auprès de plusieurs associations et établissements : l'Association pour la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence de la Dordogne, la maison de retraite d'Hautefort, le foyer départemental de l'enfance de Périgueux, l'établissement public de Clairvivre, et le Centre de réadaptation fonctionnelle de Lanmary.

Chacune de ces positions donne accès à une connaissance et génère un espace de reconnaissance.

La nécessité pour ce médecin d'intérioriser dans sa compétence les changements affectant son cadre d'expérience, son savoir contextuel, l'oblige à modifier ses positionnements au sein de ces institutions.

La décentralisation introduit des changements qui influent sur la compétence attendue des conseillers généraux dans ce domaine. Nous avons souligné en quoi les changements affectant ce cadre d'expérience de l'agir public local peuvent modifier la participation des médecins à l'agir public collectif.

Même si les prérogatives du Conseil général en matière de santé stricto sensu ne sont pas significatives, il n'en reste pas moins une institution qui intervient dans cette perspective de plusieurs façons. Dans le cadre de la mise en place du RMI, le dispositif santé a impliqué l'institution départementale. Celle-ci interviendra en complément des actions locales sur le territoire des communes dans des politiques spécifiques : sida, toxicomanie. Nous ne devons pas négliger cependant que la singularité de la position des médecins élus locaux ne se joue pas uniquement sur ce secteur. La continuité des compétences s'exprime par rapport au secteur de l'action sanitaire et sociale.

3.1.3 La continuité des compétences après la décentralisation

En reprenant l'indicateur que nous avons utilisé pour la période antérieure à la décentralisation, nous avons cherché dans un premier temps à obtenir une représentation quantifiée de la présence des médecins au sein de la commission chargée des affaires sanitaires et sociales même si cette appellation demande à être prise avec une relative prudence.

3.1.3.1 Le rappel des positions au sein de la commission des Affaires sanitaires et sociales

Pour les différents départements d'Aquitaine où il a été possible d'étudier la composition de la commission des affaires sanitaires et sociales, les résultats obtenus confirment le constat d'une présence quantitative significative des élus médecins. Souvent cette commission perd son appellation « sanitaire et sociale » pour devenir une commission « Solidarité ». Les Conseils généraux ont la responsabilité de gestion sur le secteur de l'aide sociale mais ils perdent l'accès à l'information sur une partie importante du domaine sanitaire qui relève à présent des administrations déconcentrées de l'Etat sous l'autorité du préfet de département. Il convient de souligner que les conseillers généraux accordent à cette commission la part d'influence la plus importante dans la décision locale en matière d'Action sociale, point de vue confirmé par les changements dans la périodicité de ces réunions¹¹⁹. À partir des exemples choisis, il n'est pas difficile de constater que, malgré les changements intervenus, la compétence des élus médecins pour participer à la gestion de ce domaine est toujours reconnue.

Lot-et-Garonne

Pour ce qui est de ce département, en 1988, il y a 8 médecins sur 40 conseillers généraux (20%). Des médecins occupent la présidence (Brunet, majorité départementale), la vice-présidence (Yvinec, majorité départementale), le secrétariat (Faure, majorité départementale). Pour 6 personnes, nous trouvons trois médecins et une infirmière anesthésiste. Ici nous constatons que les médecins constituent 20 % du conseil général et 50 % des membres de la commission. Tous les médecins dirigeant la commission appartiennent à la majorité départementale. Le facteur politique semble aussi important que l'appartenance professionnelle.

Dordogne

C'est véritablement en 1988 (Direction départementale de la Solidarité et de la Prévention), sous la présidence du professeur Bioulac que se produit une réorganisation significative des commissions. Le bureau est composé de 10 vice-présidents et de six secrétaires. Le docteur Cazeau est vice-président délégué à l'administration générale. Le docteur Queyroi (Pierre) est lui vice-président délégué à l'action sanitaire et sociale.

¹¹⁹ J-C. Guyot, F. Vedelago, *op. cit.*, p. 222-223.

Il y a 10 médecins pour 50 conseillers généraux : 4 PS (Bioulac, Queyroi, Cazeau, Ossard) et 6 de l'opposition (Lataste, Laleu, Ducène, Guionneau, Guillout, Moulinier) avec une revendication d'apolitisme pour certains (Guionneau, Guillout).

La 3^{ème} commission « Solidarité, Affaires sanitaires et sociales » est composée de 9 membres. Le président est le docteur Ossard (PS), le vice-président est le docteur Guionneau ce qui atteste peut-être de la crédibilité de son souci d'apolitisme. Parmi les autres membres, on retrouve les docteurs Bioulac, Moulinier, Lataste, Queyroi. Au total, 6 médecins sur 9 membres. Le groupe des médecins représente 20 % des conseillers généraux et 65 % des membres de la 3^{ème} commission.

Pyrénées-Atlantiques

Il y a 7 médecins pour 52 conseillers généraux en 1989.

Dans les Pyrénées-Atlantiques, les questions sanitaires et sociales sont traitées, encore en 1983, dans le cadre de la commission Administration générale. En 1989, il y a eu une refonte des commissions et apparaît alors une commission (5^{ème}) Affaires sanitaires et sociales / Solidarité. Elle est composée du président (docteur Costedoat), d'un vice-président (docteur Saury) et de 8 membres ordinaires parmi lesquels le docteur Fauchay. Les médecins représentent 13 % des conseillers généraux et 30 % des membres de la 5^{ème} commission.

Gironde

Le cas de la Gironde permet de nuancer notre constat tout en confirmant la démarche qui consiste à relier la thèse de la continuité des compétences au statut de son cadre d'expérience dans l'agir public local. En 1985, sur 63 conseillers généraux, nous comptons 10 médecins actifs ou retraités. La commission solidarité ne compte que trois médecins : Dubos, Grondeau et Jault. Cela signifie que l'importance politique du secteur résultant de son volume financier, de son champ d'intervention, en fait un objet d'arbitrage entre les élus. Sans doute faut-il penser que la nature politique de l'objet dépasse sa dimension technique.

C'est une réalité que nous pouvons relever dans une déclaration du docteur Grenet qui produit un jugement sur la politique socio-sanitaire du département des Pyrénées-Atlantiques en l'inscrivant dans une perspective budgétaire. Il souligne « un glissement anormal du médical vers le social... parce qu'un trop grand nombre de postes d'aides-soignants est pris en charge par le budget hébergement des établissements »¹²⁰.

¹²⁰ AD 64, délibérations du Conseil général, 1986, Orientations budgétaires, p. 27.

Comme on peut le noter à travers ces exemples, il est possible de maintenir après la décentralisation une lecture qui s'appuie sur la présence des membres de la profession médicale au sein de la commission qui a en charge le secteur de l'action sociale. Nous avons indiqué que depuis 1984, le département a, en réalité, peu de prérogatives en matière de santé. Curieusement, les conseillers généraux ne semblent pas avoir intégré cette évolution dans la perception du champ de compétence dont ils sont les acteurs.

Ainsi lorsqu'ils sont interrogés sur les différents types d'action concernés par les politiques sociales et médico-sociales, ils accordent à la Santé le statut de priorité dans plus de 82 % des cas. Or comme l'ont souligné les auteurs de cette enquête « depuis la décentralisation, le secteur de la santé stricto sensu est resté, pour une très large part de la compétence de l'Etat et de la responsabilité financière des organismes de sécurité sociale » soulignant ainsi que « les conseillers généraux donnent aux problèmes de santé la première place dans la hiérarchie de leurs préoccupations bien avant les mesures permettant de traiter les problèmes de précarité financière (67,7 % des cas) ou ceux soulevés par les questions de sécurité (46,3 % des cas) »¹²¹ ». Paradoxalement, « l'action sociale, qui est le domaine de compétence privilégié du département et son secteur de dépenses le plus important, n'apparaît pas, semble-t-il, pour les Conseillers Généraux comme leur domaine d'action privilégié ».¹²²

Ce constat peut s'expliquer de deux façons. En réalisant cette confusion, les élus médecins reproduisent implicitement une conception de la santé publique très proche de celle défendue par l'Organisation mondiale de la santé. Leur opinion est aussi une rémanence de l'intériorisation du dispositif antérieur à la décentralisation. Pour autant, nous nous demandons si ces faits ne confirment pas au niveau local l'appropriation par les médecins de la perspective qui est associée à leur position sociale. Ce que nous avons appelé une perspective bio-thérapeutique dans laquelle les acteurs se donnent pour objet de soigner la vie sous toutes ses formes pour la préserver de la maladie.

Après la décentralisation, se pérennisent des expressions de la continuité des compétences entrevues dans la période antérieure. Sur des questions d'ordre purement médical, les médecins conservent le monopole du débat.

Ainsi à propos de la progression des cas de tuberculose dans le département de la Dordogne¹²³, le petit dialogue professionnel peut être rapporté.

¹²¹ J-C. Guyot, F. Vedelago, *op. cit.* p. 74.

¹²² J-C. Guyot, F. Vedelago, *op. cit.*, p. 132.

¹²³ AD 24, délibérations du Conseil général, 1988, séance du 17 novembre 1988.

Docteur Guionneau : « Nous avons bien lu ce rapport et avons été frappés, en tant que médecins, avec mon ami Moulinier, par l'augmentation constante des cas de tuberculose. »

Professeur Bioulac : « Dans le département ?...Ce sont des tuberculoses de quel type ? »

Suivent les interventions des docteurs Ossard et Guillout.

En d'autres circonstances, le point de vue médical apparaît lors d'une opposition entre deux médecins élus locaux permettant de déplacer le champ dans lequel se construit la légitimité de la décision publique. Ainsi dans la réponse du docteur Costedoat¹²⁴, suite à une demande de subvention d'équipement pour le foyer d'hébergement et de réadaptation de Bedous formulée par le docteur Menjucq (rapporteur.), il est indiqué que « cette institution est sur le plan médical une aberration car contraire à la politique de secteur ».

Sur les questions d'allocation des subventions aux établissements gérés par des associations peut se constituer une conflictualité dont l'origine n'est pas toujours claire. Ces associations font souvent appel à des médecins, soit pour des interventions de type médical en liaison avec la mission de l'établissement, soit pour participer à la gestion dans une position d'administrateur. La présence des médecins dans ces associations accroît leur crédibilité auprès des différentes institutions publiques susceptibles d'accompagner leur action.

3.1.3.2 Les contradictions entre la permanence de la compétence de qualification et les nouvelles conditions de la compétence d'élu

Avant la décentralisation, la position de la profession médicale dans le secteur sanitaire et social conférait aux élus médecins une compétence de qualification des situations et d'articulation des segments institutionnels pour la gestion de ces opérations. Cette forme de compétence existe avant la décentralisation dans une construction juridique visant autant à « délimiter formellement différents territoires institutionnels » qu'à « spécifier, classer et normaliser les différents types de prestation »¹²⁵. Les médecins élus locaux connaissent un univers dont ils maîtrisent les procédures d'articulation des différentes filières. Ils ont l'habitude d'en côtoyer les acteurs et discernent l'importance relative de chacun d'eux. Cette connaissance est liée à la position qu'ils ont occupée dans la « structuration en profondeur des institutions de santé, des services sociaux et médico-sociaux »¹²⁶. Avec la décentralisation, cette compétence de qualification prend de l'importance parce qu'elle met en jeu, voire en

¹²⁴ AD 64, délibérations du Conseil général, 1983, dossier DASS n°622, p. 133.

¹²⁵ J-C. Guyot, F. Vedelago, *op. cit.*, p. 141.

opposition, des systèmes de financement parmi lesquels celui du Conseil général. Si « il apparaissait clairement que, dans cette gestion des diagnostics et des formes de signalement du handicap ou de l'inadaptation, le sort des personnes en difficulté, des handicapés jeunes ou vieux, pouvait devenir un objet de marchandage entre les différents niveaux et filières de gestion des affaires sanitaires et sociales »¹²⁷, l'intervention qualifiante des médecins deviendrait un des éléments de ce marchandage.

Nous verrons que si « l'impact économique des handicapés dépend de la manière dont ils sont pris en charge, voire reconnus et diagnostiqués »¹²⁸, cette considération trouve sur le terrain local une acuité particulière.

Avec la décentralisation, la qualification médicale recouvre un enjeu financier auquel un élu médecin ne peut rester indifférent. Par exemple, « pour le département, le passage d'un financement de l'Aide Sociale à l'enfance à un financement Sécurité sociale a pour finalité immédiate de diminuer ou, au mieux, de contrôler ses dépenses sociales dans ce secteur »¹²⁹.

Si chaque filière institutionnelle s'arrogue « le droit d'une autorité exclusive dans l'identification des handicaps et du type de motif invoqué pour valider une décision de protection sociale »¹³⁰, elle ne peut le faire sans l'appui de qualification que détient la profession médicale. Par exemple, il ne peut y avoir « transfert de la demande sociale concernée du champ de l'inadaptation à celui du handicap médico-social »¹³¹ sans qu'il y ait intervention du corps médical.

L'univers est juridiquement défini mais il demande des ajustements pratiques parmi lesquels le travail de qualification ou de dénomination des médecins est fondamental. Ce caractère fondamental s'exprime par le fait que la qualification induit une répartition en terme de filières administratives avec les financements correspondants qui peut générer des conflits entre les différentes sources de financement : Etat, sécurité sociale, département. La désignation des identités reconnues par la législation sociale, selon une logique administrative, est aussi une contribution « à la construction des *identités sociales*, c'est-à-dire données et reconnues par la société ». ¹³² Or, la répartition se fait sur le mode de la normativité

¹²⁶ J-C. Guyot, F. Vedelago, *ibidem*.

¹²⁷ J-C. Guyot, F. Vedelago, *op. cit.*, p. 150.

¹²⁸ A. Triomphe, S. Tomkiewicz, *Les handicapés de la prime enfance*. Paris, PUF, 1985, p. 51.

¹²⁹ J-C. Guyot, F. Vedelago, *op. cit.*, p. 154.

¹³⁰ J-C. Guyot, F. Vedelago, *ibidem*.

¹³¹ J-C. Guyot, F. Vedelago, *op. cit.*, p. 155.

¹³² D. Schnapper, Rapport à l'emploi, protection sociale et statuts sociaux, *Revue Française de Sociologie*, janvier-mars 1989, XXXX-1.

impérative, alors que les acteurs sont appelés à la vivre dans leur cadre d'expérience sur le mode indicatif. Comme on a pu le noter à propos de l'ambiguïté de la notion de « médico-social », « ce champ d'application des politiques publiques relève d'un domaine aux frontières mal définies, où les responsabilités administratives et professionnelles sont interactives, imbriquées les unes dans les autres, ce qui au demeurant ne manque pas de générer de multiples incertitudes, voire des conflits de compétence »¹³³. Parler alors de la difficulté des experts à « appréhender qualitativement les populations concernées »¹³⁴, c'est reconnaître les limites de la construction juridique par rapport aux ajustements pratiques que demande un agir collectif.

Pour illustrer notre propos nous étudierons les exemples des enfants et adolescents handicapés et celui des personnes âgées.

Pour le secteur de l'enfance handicapée la qualification réalisée est déterminante puisque « la loi de 75 considère comme handicapés, tous ceux qu'une commission (une équipe technique) juge tels »¹³⁵. Dans ce processus la profession médicale joue un rôle d'expertise déterminant. Mais situer la question du handicap dans la gestion départementale, conduit à l'inscrire dans un cadre d'expérience qui s'autonomise sur un critère de gestion et de rationalité administrative.

On peut assister à l'affrontement de deux logiques différentes dans une même activité de qualification suivant que le médecin est élu ou non. La participation d'un médecin conseiller général à un travail de qualification du handicap l'amène à prendre une décision qui permet de passer d'un financement de l'Aide sociale à l'enfance à un financement Sécurité sociale ; comme il est souligné à juste titre, « il s'agit d'un enjeu financier : pour le département, le passage d'un financement de l'Aide Sociale à l'enfance à un financement Sécurité sociale a pour finalité immédiate de diminuer ou, au mieux, de contrôler ses dépenses sociales dans ce secteur »¹³⁶. Ce travail de qualification se complique lorsque les différents acteurs, dont les médecins ont à isoler « ce qui relève du social, du sanitaire et de l'éducatif dans ce qu'il est convenu d'appeler un cumul de handicaps »¹³⁷.

La qualification du handicap concerne aussi la politique départementale en faveur des personnes âgées dans la mesure où on sait que l'Allocation compensatoire pour tierce

¹³³ J-C. Guyot, F. Vedelago, *op. cit.*, p. 144.

¹³⁴ J-C. Guyot, F. Vedelago, *ibidem*.

¹³⁵ J-C. Guyot, F. Vedelago, *op. cit.*, p. 143.

¹³⁶ J-C. Guyot, F. Vedelago, *op. cit.*, p. 154.

personne est versée en majorité pour des personnes âgées dans une proportion qui va des 2/3 aux 3/4¹³⁸.

L'objet de la qualification réalisée par les médecins, membres de la COTOREP, réside dans une formulation médicale de la vieillesse comme un handicap. La question de traduction médicale se pose également lorsqu'il faut déterminer le placement suivant l'état du vieillissement dans un établissement de long ou moyen séjour, voire dans un établissement psychiatrique.

Pour les médecins conseillers généraux, la médicalisation des problèmes sociaux est confrontée aux impératifs de gestion. Ce qui pourrait être médicalement souhaitable devenant financièrement insupportable. Le cas du département des Landes est illustratif sur ce point. Pour alléger le poids financier représenté par l'ACTP, la stratégie adoptée consistait à dissuader « les demandeurs de l'ACPT en faisant jouer l'autorité d'un médecin patenté par le département pour contrôler l'état des personnes concernées et leur rappeler les clauses d'attribution de ce type de prestation »¹³⁹.

Après la décentralisation, le cadre d'expérience de la continuité des compétences est sensiblement modifié. Le recentrage des compétences du Conseil général sur l'aide sociale réduit le champ auquel les médecins élus locaux peuvent avoir accès avant la décentralisation dans la mesure où les questions de santé à proprement parler restent de la compétence des administrations d'Etat placées sous l'autorité du préfet. Cela ne signifie pas l'invalidation de notre hypothèse pour plusieurs raisons. D'une part, le Conseil général va être conduit à intervenir dans le domaine de la santé avec la mise en place de la carte santé associée au dispositif du RMI comme le rappellera le docteur Sourdille, Président du Conseil général des Ardennes, « la première des intégrations, c'est la santé »¹⁴⁰. Il le fera aussi de façon incidente en participant aux initiatives développées dans ce secteur par d'autres institutions publiques. D'autre part, il ne faut pas oublier que la singularité de la position des médecins élus locaux s'établit par rapport au secteur sanitaire et social et non exclusivement vis-à-vis de la santé. Ce qui permet d'écrire encore que « gestionnaires et politiques, nos médecins n'en oublient pas leur premier métier »¹⁴¹.

Il convient à présent d'analyser les variations du cadre d'expérience de la continuité des compétences dans l'espace communal.

¹³⁷ J-C. Guyot, F. Vedelago, *op. cit.*, p. 144.

¹³⁸ C. Rioual, *op. cit.*, p. 49.

¹³⁹ J-C. Guyot, F. Vedelago, *op. cit.*, p. 149.

¹⁴⁰ *Impact médecin quotidien*, n°357, 15 mars 1994.

3.2 Le cadre d'expérience communal

Nous avons établi dans l'organisation de ce chapitre une césure temporelle aboutissant à une distinction entre un avant et un après la décentralisation. Relativement à la question qui nous intéresse à présent, ce choix est fondé. Le changement institutionnel est un repère temporel à partir duquel s'initie une évolution au cours de laquelle la perspective santé s'inscrit progressivement dans le cadre d'expérience politique local en partant de l'initiative d'un ensemble d'acteurs dont les institutions locales ne sont qu'un élément. Mais la question de l'imbrication du social et du sanitaire se pose suivant des modalités différentes selon les circonstances. C'est la raison pour laquelle la prise en compte des contextes paraît aussi nécessaire. L'étude de chacun d'eux nous permettra de comprendre comment les acteurs interprètent et utilisent le cadre normatif dans lequel ils sont situés.

Avant d'entreprendre notre démarche, il est nécessaire d'établir une première distinction dans ce que nous avons appelé l'espace communal. Peut-on en effet considérer la consistance sociale et politique de cette perspective sans tenir compte de la taille des communes ? Sur certains points de compétence institutionnelle, il existe des éléments d'uniformité. C'est le cas de l'assistance médicale gratuite qui incombe à toutes les communes quelle que soit leur taille. Ce sera aussi le cas pour les modalités d'accès aux soins résultant de la mise en place de la carte santé associée au dispositif du revenu minimum d'insertion. Sur la base des recherches qui ont été produites sur cette question, la taille des communes a le statut d'indicateur pertinent. Il apparaît que parmi les villes de 30000 habitants, 77,9 % ont un délégué santé, et que parmi eux 53 % sont adjoints au maire¹⁴². Si l'on observe les villes de plus de 15000 habitants¹⁴³, beaucoup revendiquent un certain nombre d'initiatives qu'elles inscrivent dans le domaine de la santé. Près de 80 % d'entre elles ont agi dans la prévention du sida (78 %) et la lutte contre la toxicomanie (88 %). Par leur diversité, ces initiatives confèrent à la perspective un caractère syncrétique avec la création de lieux d'accueil pour les jeunes (82 %), le portage de repas à domicile (80 %), l'information sur l'alimentation (72 %). Il y a bien une tendance générale qui s'instaure dans les villes à partir de la fin des années 80 pour les plus précoces. Pour autant, ce constat de généralité est-il capable de nous donner une représentation exacte de la complexité des processus sociaux et politiques qui président à sa

¹⁴¹ *Impact médecin quotidien*, n°357, 15 mars 1994.

¹⁴² P. Laudoyer, « Toxicomanie et politique locale », dans J-C. Guyot, B. Hérault (dir.), *La santé publique. Un enjeu de politique municipale*, op. cit., p. 200.

¹⁴³ P. Laudoyer, *ibidem*.

mise en forme localisée ? Quels sont les acteurs présents dans chacun de ces contextes ? Comment s'effectue le croisement des perspectives portées par chacun d'eux ? L'agir développé dans le cadre se limite-t-il aux conditions normatives proposées par les acteurs publics ? Si des médecins élus locaux revendiquent une position singulière de représentant par rapport au secteur sanitaire et social, comment se construit alors l'articulation de ces deux éléments dans la perspective locale ?

Nous tenterons de répondre à ces questions en présentant dans un premier temps les acteurs et les perspectives qu'ils portent par leur position dans le cadre d'expérience politique local.

Dans un second temps, nous montrerons la diversité qui touche la mise en forme pragmatique de ce croisement des perspectives.

3.2.1 Une pluralité d'acteurs positionnés dans une perspective synchrétique

À partir du début des années 90, l'agir public local dans le domaine sanitaire et social se construit par l'intervention d'une diversité d'acteurs : institutions publiques, associations. Cependant, comme nous avons pu le mesurer, par les enquêtes dont nous avons eu connaissance, certaines villes ont pris des initiatives dans ce secteur dès le milieu des années 80. De plus, les questions de santé sont, dans certains cas, venues s'enchaîner sur des dispositifs de politique sociale mis en place au début des années 80 : Développement social des quartiers, Centre Communaux de prévention de la délinquance. Nous présenterons les acteurs et les perspectives qu'ils expriment avant de nous intéresser aux processus qui interviennent dans la constitution d'un agir collectif.

Les acteurs publics

Ce groupe est composé de deux familles d'acteurs : les collectivités locales et les services extérieurs de l'Etat.

Les collectivités locales

La réception de la perspective sanitaire et sociale doit être différenciée suivant la taille des communes. Même si elle est moins présente dans les communes rurales, elle n'est pas absente dès que se met en place le dispositif du RMI qui demande un traitement des dossiers par les services municipaux d'action sociale et que le dispositif santé qui lui est associé implique une gestion de l'accès aux soins médicaux par ces mêmes services. De plus, les petites villes,

celles qui sont dotées de structures hospitalières notamment, ont à traiter des situations sociales et médicales sur un espace plus étendu que leur propre espace urbain. Elles subissent un effet d'agrégation qui rend ces questions sensibles à leur niveau.

Dans les unités urbaines plus importantes, notamment les villes de plus de 30000 habitants, la construction d'une perspective sanitaire et sociale s'établit sur des bases qui sont propres à chacune d'elles. Les différences s'établissent selon l'histoire de la politique municipale en matière de santé, leur degré d'engagement dans les procédures de contractualisation avec l'Etat sur les programmes définis par ce dernier (DSQ, Politique de la ville). Certaines d'entre elles vont s'impliquer dans des initiatives spécifiques comme les programmes Ville-santé dont l'exemple le plus emblématique est celui de la ville de Rennes.

Il existe donc une grande variété de situations.

Les administrations d'Etat : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, Direction Générale de la Santé

Depuis la décentralisation, les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales ont recentré leur activité sur la mise en place des politiques nationales de santé dans la mesure où les Conseils généraux recevaient la gestion de l'aide sociale. Elles ont pu intervenir plus activement dès l'instant que se mettaient en place les politiques de lutte contre le sida et la toxicomanie. Leur intervention dans l'agir public local se réalise au moyen de plusieurs instruments comme le conventionnement avec des associations pour l'exercice de certaines missions en fournissant les financements correspondants. Elles interviennent, par exemple, en finançant l'ouverture de lits médicalisés pour un centre d'accueil de SDF.

La circulaire de décembre 1993 incitera les préfetures, les DDASS, les DRASS à la mise en œuvre de plans Santé-Ville visant à stimuler l'action des réseaux de proximité et à faciliter l'accueil des populations démunies à l'hôpital.

La présence de la Direction générale de la santé est plus évidente dans les villes dotées de structures hospitalières. Elle peut encourager les hôpitaux à s'insérer dans les réseaux Ville-santé-hôpital et avoir une influence dans l'offre hospitalière locale.

À cette présentation, il convient d'ajouter les politiques nationales qui intégreront une perspective sanitaire dans le développement de leur action. On pense d'une part à la politique nationale de lutte contre la toxicomanie, dont les premiers éléments remontent aux années 70, mais qui se mettra en place localement dans un nouveau dispositif en 1985 (Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie) avec les comités départementaux de lutte contre la toxicomanie (CDLT) qui seront absorbés un peu plus tard par les Comités

Départementaux et Communaux de Prévention de la délinquance (CCPD, CDPD). Il convient de mentionner également, l'institution en 1988 de la Commission Nationale pour le Développement social des quartiers (CNDQ) qui trouvera sa traduction dans l'organisation gouvernementale avec la Délégation interministérielle à la ville d'où seront formulées les premières orientations de la politique de la ville.

Le Conseil général

Même si depuis la décentralisation, ses prérogatives en matière de santé sont réduites, il est appelé à intervenir dans l'espace municipal de plusieurs façons. Il finance des associations actives dans le secteur sanitaire et social et peut de cette façon contribuer à la légitimation des acteurs associatifs intervenant dans l'espace communal. Avec la mise en place du RMI au début des années 90, et de la carte santé, il est conduit à travailler en relation avec les municipalités.

Il convient de ne pas sous-estimer le rôle d'impulsion que jouent dans certaines circonstances les Caisses primaires d'assurance maladie que ce soit pour les opérations de sensibilisation à la prévention du sida ou de prise en charge des toxicomanes.

Cette présentation rapide des différents acteurs publics est déjà un indicateur de la complexité du champ dans lequel va se construire une perspective articulant le sanitaire et le social. Le seul dénominateur commun entre cette diversité d'acteurs et de procédures reste qu'ils se rapportent tous à un territoire clairement identifié.

Les acteurs professionnels

La profession médicale

Considérer la profession médicale en tant qu'acteur collectif, conduit à adopter la lecture soulignant son importance tant du point de vue de la production de sens que de la mise en forme pragmatique de la perspective¹⁴⁴. Néanmoins nous serons amené à constater sur le terrain local ce que nous avons montré dans le chapitre 1. La profession médicale est segmentée et sa fragmentation est repérable dans les engagements des médecins dans la perspective socio-sanitaire à l'échelle communale. Comme le souligne une des enquêtes auxquelles nous nous référons « force est de constater qu'ils y sont partout présents, imposant une autorité supposée naturelle sur ce secteur d'activité, dans les municipalités comme dans les associations : cette réalité particulièrement nette dans le contexte français compte tenu de

¹⁴⁴ D. Fassin, *Les figures urbaines de la santé publique*, op. cit., p. 19.

la force du corporatisme médical, est essentielle à prendre en compte car elle détermine aussi bien le cadre intellectuel dans lequel on pense les objets de santé publique (les médecins contribuent évidemment à la médicalisation du social) que le cadre concret dans lequel ils sont mis en scène (les médecins sont généralement des acteurs clés des dispositifs sanitaires) »¹⁴⁵.

Toutefois, les actions attribuées à la profession médicale varient dans leurs modalités et suivant les contextes mettant en jeu un certain nombre de questions.

Certaines associations comme Médecins du monde interviennent suivant des registres mêlant la compétence experte du terrain à celui de l'éthique en s'appuyant sur la notion de citoyenneté¹⁴⁶. D'autres insistent davantage sur le registre professionnel en se référant à la mesure des réalités médicales repérées dans le cadre de l'activité et à la désignation des outils à mettre en œuvre. C'est le cas des associations professionnelles de médecins qui interviennent sur la base de leur connaissance de terrain pour sensibiliser les autorités municipales aux questions de santé (APMG à Alès), ou pour contribuer à la mise en forme de dispositifs d'action (Accueil Santé Béziers). L'ASB est présentée comme la « plaque tournante d'un réseau » qui comprend le service des urgences, Aides, le dispositif RMI du CCAS

Dans certaines villes, des médecins hospitaliers se montrent actifs au sein des réseaux Ville-hôpital-toxicomanie.

L'intervention des membres de la profession médicale dans ces contextes locaux ne doit pas conduire à penser qu'il s'agit là d'une tendance générale concernant l'ensemble d'une profession. Il faut plutôt remarquer que le groupe de médecins impliqués se signale par la multi-positionnalité de certains d'entre eux. Par exemple, le président de l'ASB est directeur de centre méthadone de l'association Episodes et médecin hospitalier.

L'adossement à la perspective bio-thérapeutique chez d'autres acteurs que les médecins.

Les travailleurs sociaux

Si dans leur perspective ils adoptent une approche de type santé, ils se retrouvent en concurrence avec la profession médicale.

¹⁴⁵ D. Fassin, *ibidem*.

¹⁴⁶ P. Milburn, G. Alvestégui, « Santé publique, politiques urbaines et expertise. Régulation et légitimation des équipements à Nancy et Metz », dans D. Fassin (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique*, Paris, La Découverte, 1998, p. 161.

Conduits à s'y inscrire par effet réticulaire, ils arrivent avec leur perspective sociale mais ils s'intègrent dans un dispositif qui introduit la perspective santé.

Une pluralité du monde associatif

Le secteur associatif dans le secteur sanitaire et social est ancien et s'est largement développé au cours des vingt dernières années au point qu'il peut apparaître parfois comme concurrentiel de l'activité des centres communaux d'action sociale¹⁴⁷. Son champ d'action à l'intérieur du secteur est varié, de même que les formes qu'il peut prendre lorsqu'on examine la diversité des modes de fonctionnement des associations. La position qui lui est reconnue par les acteurs publics s'analyse de plusieurs façons. Chaque association est porteuse d'un projet individué qui la conduit à intervenir sur un segment particulier qu'elle connaît d'autant mieux qu'elle en a la spécialité. Par rapport à son objet, l'association peut se prévaloir d'une compétence experte. La prise en charge qu'elle propose est orientée sur la reconnaissance des sujets dans un secteur comme la santé qui reste fortement lié à la vie privée des individus¹⁴⁸, elle incarne donc un mode de reconnaissance concurrent et complémentaire de celui représenté par les institutions publiques. Sur la base de ce type de reconnaissance une association facilite l'intégration des individus dans les dispositifs d'action publique et peut ainsi apparaître comme un élément indispensable de socialisation.

Le secteur associatif est aussi présenté comme l'élément moteur d'un processus de recomposition à travers lequel le secteur public, l'Etat et les collectivités locales, se décharge progressivement d'une partie de ses activités pour la confier à des opérateurs privés.

Sans prétendre fournir une représentation exhaustive de la diversité du monde associatif dans le secteur socio-sanitaire, il faut essayer de discerner ce qui est le plus significatif. Chaque association se trouve placée devant le dilemme de la reconnaissance et de la préservation de son identité. Pour développer un agir relatif à son objet, elle doit obtenir des financements des institutions publiques, DDASS, Conseil général, municipalités... En même temps, elle doit préserver l'autonomie éthique et pratique qui fonde sa singularité. Certaines sont parfois tentées de « se tenir à distance d'une intervention qui s'apparenterait à un contrôle institutionnel ».¹⁴⁹ Cette reconnaissance porte aussi sur la nature de la compétence proposée par l'association. Sur ce point la question est assez complexe en raison de la diversité des formes de compétence exprimées. La distinction entre compétence profane et compétence experte soulève plusieurs questions. Dans quelles conditions peut-on parler de compétence

¹⁴⁷ J. Tymen, *op. cit.*, p. 136-137.

¹⁴⁸ J-C. Guyot, « L'acteur associatif dans le champ de la politique locale de santé », *op. cit.*, p. 171.

profane ? Il nous semble que c'est le dispositif d'agir collectif qui détermine les critères de la distinction. Peut-on dire qu'une association qui intervient dans l'aide aux malades du sida depuis le début des années 80 a une compétence profane ? Si le contexte d'action se fixe pour objet la mise en place d'outils thérapeutiques, peut-être. Mais si son objet est d'obtenir une connaissance des pratiques sociales des malades, il nous paraît difficile de l'admettre.

La question de la reconnaissance de la compétence des acteurs est donc étroitement liée à ce nous appellerions les propriétés du cadre d'expérience, sa finalité et son mode de régulation.

La compétence exprimée par un acteur se limite-t-elle à sa connaissance d'un champ d'intervention spécifique ? Ce n'est pas certain car chaque intervenant du cadre peut être porté à « proposer un modèle d'intervention en amont de toute mise à l'épreuve des faits des instruments proposés »¹⁵⁰. De sorte que la négociation à l'intérieur du cadre peut aussi porter sur la légitimation des formes de compétence.

Une association peut résulter de l'initiative d'acteurs publics et avoir pour objet de rassembler l'action des services publics sur un territoire donné et un problème particulier. Ainsi l'association Episode à Béziers a été créée par des acteurs publics pour favoriser l'articulation entre le réseau ville-hôpital et le réseau local de santé publique, alors qu'initialement elle avait pour objet d'alléger le service des urgences de l'hôpital du suivi de sevrage des toxicomanes.

3.2.2 La mise en forme pragmatique de la perspective

Le cadre d'expérience constitué par la mise en place d'une perspective bio-thérapeutique dans l'espace urbain est caractérisé par une forme de contradiction entre sa complexité, résultant de la multiplicité des acteurs et des perspectives qu'ils portent et la clarté avec laquelle les populations visées par les dispositifs sont désignées. Celles-ci regroupent pour l'essentiel les malades du sida, les toxicomanes et les personnes en situation d'exclusion sociale.

Nous montrerons dans un premier temps que la pluralité positions exprimées aboutit à la construction d'une perspective syncrétique.

Dans un second temps, nous montrerons que ce caractère syncrétique oblige les acteurs à un ajustement permanent pour développer un agir collectif.

Une perspective syncrétique

¹⁴⁹ P. Milburn, G. Alvestégui, *op. cit.*, p. 163.

¹⁵⁰ P. Milburn, G. Alvestégui, *op. cit.*, p. 157.

L'entrée dans la perspective bio-thérapeutique localisée ne s'effectuant pas des mêmes positions, les perspectives définies par les acteurs ne sont pas identiques.

Pour les élus municipaux, le souci de prendre en charge les populations visées par les dispositifs peut s'appuyer sur « une vision symptomale dominante du social »¹⁵¹ et avoir pour objectif d'« euphémiser les symptômes territoriaux du désordre »¹⁵². La perception de la perspective bio-thérapeutique est alors étroitement reliée aux prérogatives de tranquillité publique imparties au pouvoir municipal.

De plus, l'entrée d'une municipalité dans la perspective n'est pas indifférente aux aléas de la vie politique locale comme le montrent les enquêtes sur les villes de Tours et de Béziers.

La délégation opérée par l'Etat en direction des villes pour la conception et la mise en œuvre des politiques dans ce secteur fait que toutes les villes n'entreront pas dans la perspective de la même façon. Dans l'exemple de la ville de Tours, l'adjointe chargée de la délégation « exclus, exclusion, sida, toxicomanies » n'est pas responsable du CCAS et c'est un autre adjoint qui est chargé de la santé.

Au sein du monde associatif, les acteurs se différencient par la nature de leurs interventions, que ce soit en termes de champ ou de pratiques sociales. Ils n'adoptent pas tous la même attitude vis-à-vis des contraintes normatives de l'agir collectif. Certains construisent leur position en fonction d'un l'hyperconformisme professionnel alors que d'autres exprimeraient plutôt un modèle d'hyperconformisme déviant¹⁵³.

Le caractère syncrétique de la perspective porte donc autant sur la construction des postures que sur celle des objets et des pratiques.

La diversité des perspectives s'exprime enfin dans l'articulation qui peut se formuler entre les secteurs sanitaire et social. Celle-ci découle des conceptions de la santé véhiculées au sein du cadre d'expérience.

Si la « définition même de la santé est en jeu dans le monde social »¹⁵⁴, elle se joue aussi sur la pluralité des modèles étiologiques et thérapeutiques qui animent la construction sociale de la pratique médicale. Il faut revenir ici à la distinction entre la socio-clinique et la bio-clinique. Si on retient la première comme guide d'analyse, on va être conduit à intégrer dans une démarche de pathologisation les phénomènes sociaux constatés dans le cadre d'une

¹⁵¹ M. Lussault, « L'instrument sanitaire. Rôles et valeurs de la santé publique dans les politiques territoriales à Tours », dans D. Fassin (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique*, Paris, La Découverte, 1998, p. 185.

¹⁵² M. Lussault, *op. cit.*, p. 186.

¹⁵³ S. Clément, M. Drulhe, J. Mantovani, M. Membrado, « La santé et la question sociale à l'épreuve de la ville. Mobilisation urbaine et précarité à Toulouse », dans D. Fassin (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique*, Paris, La Découverte, 1998, p. 124.

¹⁵⁴ D. Fassin, « Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique », *op. cit.*, p. 13.

démarche bio-clinique. Nous sommes alors dans une définition de la santé qui « n'est pas seulement l'absence de maladie, mais un état de bien-être physique, psychologique et social »¹⁵⁵. Ainsi, la notion de santé publique peut renvoyer à des « réalités extrêmement hétérogènes »¹⁵⁶. Le fait que la santé apparaisse au début des années 90 comme un secteur de la politique de la ville est un indicateur de ce qui se construira progressivement sur le terrain local aboutissant à une « hybridation » entre deux approches « mixant le sanitaire et le social »¹⁵⁷. Ce processus de construction sociale repose aussi sur une conception du langage médical qui insiste sur une approche socio-clinique conduisant à intégrer dans le domaine de la santé les difficultés sociales et psychosociales. Le langage médical permet l'instauration d'une chaîne de causalité qui autorise cette imbrication. Suivant l'interprétation qu'en font les acteurs, cette chaîne ne fonctionne pas toujours de la même façon. La perspective qui se met en place progressivement dans les villes au cours des années 90 est assez révélatrice de cela. Si dans certains contextes les problèmes sociaux trouvent « leur expression la plus autorisée dans le langage de la santé publique »¹⁵⁸, c'est en raison de la production de sens réalisée par certains agents. Il y a les acteurs qui ont en charge le traitement de certaines réalités de santé comme le sida et qui, d'une entrée médicale, découvrent dans le cours de leur action que cette question concerne une population qui a aussi des difficultés d'intégration sociale. Il y a d'autres acteurs qui développent une conception de la santé qui participe d'une « désignation médicale du réel »¹⁵⁹ en considérant les conditions de vie comme un élément de la perspective sanitaire. On le voit par exemple dans le travail d'expertise qui construit le champ d'investigation par la qualification des états relevant d'un traitement de santé publique¹⁶⁰.

Pour le projet étude action en santé publique proposé par la ville de Béziers, la catégorie unifiante proposée comme référent à l'action est « le mal-être », défini de manière extrêmement générale comme « rapport entre santé et environnement et expression des troubles sociaux et psychosociaux de la population »¹⁶¹. Suivant cette interprétation, la santé s'inscrit dans une perspective bio-thérapeutique qui se donne pour objet de soigner la vie dans une pluralité de dimensions en proposant « un mode de pensée global, une vision systémique des souffrances psycho-sociales et un cadre d'organisation des différents réseaux de

¹⁵⁵ B. Hérault, « Villes, santé et système politique local », *op. cit.*, p. 40.

¹⁵⁶ P. Valarié, *op. cit.*, p. 48.

¹⁵⁷ P. Valarié, *op. cit.*, p. 70.

¹⁵⁸ D. Fassin, *Figures urbaines de la santé publique*, *op. cit.*, p. 40.

¹⁵⁹ P. Milburn, G. Alvestégui, *op. cit.*, p. 144.

¹⁶⁰ M. Joubert (dir.), F. Bertolotto, P. Bouhnik, *op. cit.*, chapitres 3 et 4.

¹⁶¹ P. Valarié, *op. cit.*, p. 69.

compétences, quel que soit leur niveau, susceptibles d'y porter remède »¹⁶². Nous pouvons le mesurer dans une approche du handicap qui conduit à déceler ses origines dans le milieu social¹⁶³.

Les acteurs intervenant dans le domaine de l'exclusion adoptent la perspective santé lorsqu'ils constatent que « le préalable à certains cas d'insertion, se pose d'abord en termes de santé »¹⁶⁴. La convergence des perspectives individuelles vers une perspective santé se réalise à partir d'une pluralité de dispositions cognitives et pragmatiques.

Cela signifie que la profession médicale n'est pas la seule à pouvoir s'adosser à la perspective associée à sa position et qu'elle se trouve parfois dans l'obligation de collaborer avec d'autres acteurs, notamment les travailleurs sociaux, pour intégrer les différents dispositifs dans la perspective sanitaire. Elle est dans une position analogue vis-à-vis des associations de bénévoles porteuses d'une expertise « profane » lorsque, par exemple, il s'agit de mettre en place une action thérapeutique accompagnant la sortie de cure de désintoxication alcoolique¹⁶⁵ même si certaines peuvent rejeter le caractère stigmatisant de la perspective santé¹⁶⁶.

Même s'il peut paraître délicat de formaliser l'articulation d'initiatives dont on sait qu'elles se sont développées de façon différenciée dans les espaces urbains nous essaierons de reconstituer les formes sociales et les processus qui s'y sont produits. De là, nous pouvons essayer de comprendre comment certaines municipalités tentent de réguler ce cadre en intégrant les différents acteurs.

Sur l'ensemble des expériences qu'il nous a été donné de connaître les deux propriétés du cadre les plus significatives sont l'affirmation de sa dimension territoriale et la mise en réseau progressive des acteurs. Il va de soi que dans les villes qui ont intégré le programme Ville-Santé de l'OMS et celles qui ont incorporé un volet santé dans la politique de la ville, avant que les orientations gouvernementales ne le prescrivent, l'institution municipale a joué un rôle dynamisant dans la mise en place de ces réseaux. Toutefois, dans certains contextes urbains, ce sont les associations qui ont commencé à articuler leurs activités pour venir, ensuite, se caler dans des dispositifs impliquant les acteurs publics. En nous appuyant sur une

¹⁶² Cité par Pierre Valarié, p. 69.

¹⁶³ Docteur M. Titran, conseiller municipal de Roubaix, délégué à la petite enfance et à la lutte contre la toxicomanie, *Le Courrier des maires* 22 septembre 1995.

¹⁶⁴ J-C. Guyot, P. Laudoyer, *op. cit.*, p. 165.

¹⁶⁵ P. Milburn, G. Alvestégui, *op. cit.*, p. 154.

¹⁶⁶ S. Clément, M. Drulhe, J. Mantovani, M. Membrado, *op. cit.*, p. 131.

présentation qui a été proposée¹⁶⁷, nous tenterons de montrer les différents processus sociaux qui constituent le fonctionnement de ces réseaux.

La première série relève selon nous des procédures d'intercompréhension. Elles concernent plusieurs domaines.

D'une part, les acteurs peuvent confronter leurs expériences et produire des décisions collectives. Dans ce cadre, l'ajustement ne se situe pas seulement dans la conception d'un agir, il induit également « un travail de conversion mutuelle à travers la reconnaissance des limites des uns et des autres »¹⁶⁸. Il peut aussi modifier l'éthique qui sous-tend l'engagement de certains acteurs. On a pu ainsi souligner le passage chez des membres des professions médicales d'une rationalité humanitaire clinique à une rationalité civique¹⁶⁹.

D'autre part, la reconnaissance de type horizontal qui « privilégie les ajustements et les discordances entre ces différentes instances, dans une rationalité qui leur est propre et qui conditionne les formes des dispositifs »¹⁷⁰ se double d'une reconnaissance verticale qui « consiste en une négociation entre les initiateurs professionnels du projet et les instances de tutelle ». Les processus de reconnaissance des compétences demeurent complexes et soumis à des formes de légitimation différentes. Les procédures qui consistent à construire un dispositif d'action dans le but qu'il reçoive l'agrément d'une autorité de tutelle ne sont pas exactement les mêmes que ceux conduisant différents acteurs à négocier la mise en place d'un projet collectif. Mais il faut remarquer que la diversité des instances de légitimation rend plus complexe la mise en forme de l'agir collectif dans la mesure où elle multiplie les critères de validation.

La deuxième série relève de des procédures de fonctionnement du cadre. Les acteurs ont à s'ajuster pour concevoir les choses, ils doivent aussi permettre à leurs dispositifs d'action d'intégrer les populations concernées par ces initiatives. La mise en cohérence réticulaire repose sur le rôle pivot de certains éléments que ce soit une association au cœur d'un réseau ou une personnalité positionnée dans plusieurs parties de ce réseau. Ainsi se mettent en place « des relations de reconnaissance en miroir entre interlocuteurs qui régulent les échanges en réseaux dans le registre de l'interconnaissance stratégique »¹⁷¹.

La marque territoriale associée à la complexité de l'ensemble relationnel pose la question du rôle des municipalités en tant qu'élément intégrateur et régulateur du cadre.

¹⁶⁷ S. Clément, M. Drulhe, J. Mantovani, M. Membrado, *op. cit.*, p. 123.

¹⁶⁸ S. Clément, M. Drulhe, J. Mantovani, M. Membrado, *op. cit.*, p. 136.

¹⁶⁹ P. Milburn, G. Alvestégui, *op. cit.*, p. 161.

¹⁷⁰ P. Milburn, G. Alvestégui, *op. cit.*, p. 165.

Les tentatives de régulation et d'intégration dans certaines municipalités

Les municipalités se trouvent engagées au premier plan même si elles ne le sont de façon identique. Plusieurs facteurs expliquent cette hétérogénéité des pratiques municipales. La consistance de la perspective sanitaire dans l'histoire de chaque unité urbaine influence son engagement dans une action municipale de santé. Les exemples de Béziers et d'Ivry montrent que ces municipalités avaient mis en place des équipements et des procédures visant à ancrer ce secteur dans l'agir municipal. Le dynamisme d'un service communal d'hygiène et de santé, l'existence d'un centre municipal de santé sont des facteurs qui peuvent favoriser la prise en charge de cette question. Les pratiques de conventionnement entre l'Etat et les communes pour que ces dernières assurent des missions, jusque-là dévolues au département ou aux administrations déconcentrées de l'Etat, vont entraîner une inégalité entre les communes dotées d'un SCHS et celles qui ne le sont pas.

De plus, les élus municipaux intègrent différemment les politiques nationales dans leur gestion locale : politique de prévention de la toxicomanie, de lutte contre le sida, politique de la ville, intégration de la question santé dans cette dernière perspective. Or ces choix varient en fonction des alternances électorales démontrant ainsi que « les choix locaux et les orientations municipales ne sont pas sans influence sur les priorités et l'importance accordée à ce champ d'action »¹⁷². À Béziers, c'est après les élections de 1989 que la politique de santé est reliée au développement social des quartiers alors que la santé ne sera abordée dans les orientations nationales de la politique de la ville qu'en 1996. À Tours, c'est à la suite du changement de majorité municipale de 1995 qu'une adjointe reçoit la délégation spécifique « exclusion, toxicomanie, sida ».

À cela, il convient d'ajouter que certaines villes se sont engagées, dès le milieu des années 80, dans le réseau Ville-santé de l'OMS se formant ainsi une compétence dans la connaissance des réalités et des outils utilisés pour les traiter.

Aborder le rôle des institutions municipales dans le cadre d'expérience implique donc de tenir compte de la spécificité de chaque espace.

Nous nuancerons néanmoins notre propos relativement à la mise en place localisée de la politique du RMI car l'institution d'un schéma relativement clair a permis une application généralisée associant les départements et les communes.

La mise en œuvre du RMI, concourt à faire de la ville le centre de recomposition de l'intervention sociale rebaptisée insertion. Les CCAS sont en première ligne pour la

¹⁷¹ P. Valarié, *op. cit.*, p. 78.

¹⁷² P. Valarié, *op. cit.*, p. 67.

constitution des dossiers. Le Conseil général gère le dossier santé du RMI par le biais du volet insertion mais ce sont les communes qui réalisent la prise en charge de l'accès au soin des bénéficiaires du dispositif. C'est par ce processus que la question de la santé est devenue dans certains espaces urbains une thématique de mobilisation de l'action publique.

On tentera de reconstituer les tentatives municipales pour réguler la perspective socio-sanitaire à distinguant deux types d'agir : la constitution des cadres de compréhension et l'intégration des réseaux.

Le terrain de l'expertise

La diversité des perspectives et leur concentration dans l'espace urbain ont conduit certaines municipalités à tenter de réguler le fonctionnement du cadre. De ce point de vue, « la maîtrise de l'évaluation devient un moyen puissant de la maîtrise de l'inflation partenariale et de la stabilisation des coalitions de projets »¹⁷³.

L'initiative publique peut reposer sur une demande d'expertise comme cela a été le cas lorsque certaines villes comme Saint-Denis¹⁷⁴ ou Béziers ont suscité, en 1991, le lancement d'études intégrant les questions sanitaires et sociales en inscrivant leur projet dans des programmes de recherche et d'action considérés comme des priorités au plan national : Politique de la ville, Développement social des quartiers. Il faut remarquer le caractère innovateur de ces initiatives dans la mesure où la dimension santé ne sera intégrée dans la politique de la ville qu'en 1996.

Le cadre d'analyse développé dans ce type d'expertise circonscrit une perspective santé en utilisant une conception de la santé qui permet d'englober les questions sociales. Nous retrouvons ce que nous avons appelé une perspective bio-thérapeutique où la santé publique se propose de soigner la vie dans toutes ses dimensions. Pour les municipalités, cette conception du langage médical permet d'intégrer les perspectives des différents acteurs qu'ils viennent du social ou du médical. Elle entraîne une mise en cohérence de perspectives qui sous certains aspects peuvent apparaître concurrentes.

L'initiative de l'agir et la gestion des réseaux.

Les municipalités qui ont manifesté l'intention d'occuper une position d'intégration et de régulation de la perspective socio-sanitaire l'ont fait de deux façons. D'une part, elles ont proposé des projets pouvant intégrer une diversité d'acteurs. À Ivry , c'est à la demande de la

¹⁷³ P. Valarié, *op. cit.*, p. 81.

¹⁷⁴ M. Joubert (dir.), F. Bertolotto, P. Bouhnik, *Quartier, Démocratie, Santé*, Paris, L'Harmattan, 1993.

commission Santé que s'est constitué un groupe de travail chargé de préparer un avant projet qui a été réalisé en collaboration avec la DDASS. De bout en bout le processus est labellisé comme une réalité de santé. C'est aussi le cas lorsque s'institue un « Réseau Ville - Hôpital - Toxicomanie » comme dans la ville d'Alès. D'autre part, elles ont pu conférer à leur SCHS un rôle de « gestion réticulaire des relations entre les différents acteurs »¹⁷⁵ que permet sa position de transversalité. Cette position est elle-même le produit des orientations passées des municipalités dans ce secteur.

Comme nous venons de le voir, le cadre d'expérience de ce que nous avons appelé la continuité des compétences, ici dans le territoire communal, s'exprime par la mise en place d'une perspective visant le traitement de la marginalité sociale sous l'angle de la santé. La complexité de la perspective ne se traduit pas par la construction de politique publique municipale dans ce secteur mais plutôt par un nouveau type d'engagement de l'institution municipale dans l'agir public. Souvent la santé n'est pas un objet politique et ne reste que très partiellement un objet de politique¹⁷⁶.

Il paraît important de préciser la nature de cette perspective pour comprendre la relativité de la position des médecins élus locaux dans ce contexte. Nous avons pu mesurer que la perspective associée à la position sociale de la profession médicale trouve ici quelques traductions de ses potentialités : pluralité des conceptions du langage médical, diversité des acteurs pouvant s'adosser à la perspective.

Par leurs pratiques, les élus locaux peuvent orienter leur interprétation de la perspective vers « des objectifs stratégiques qui, initialement, ne sont pas à finalité proprement sanitaire »¹⁷⁷.

3.2.3 La continuité des compétences et les positions institutionnelles

Nous avons montré que la diversité des positions dans le secteur sanitaire et social et les différents niveaux de perspective qu'elles soutiennent relativisent la position occupée par la profession médicale. Comment doit-on alors envisager la question de la continuité des compétences ? Quelles formes peut-elle revêtir ? La singularité des cadres d'expérience ne demande-t-elle pas une approche plus circonstanciée ? Les positions de maire et de conseiller municipal impliquent-elles un traitement identique ?

¹⁷⁵ P. Valarié, *op. cit.*, p. 66.

¹⁷⁶ J-C. Guyot, P. Laudoyer, « Figures sanitaires de la gestion municipale », *op. cit.*, p. 156.

Il faut distinguer la position de maire de celle d'adjoint parce que les perspectives qu'elles définissent ne sont pas les mêmes.

Puis nous montrerons que cette continuité des compétences doit être rapportée à un ensemble de facteurs que nous tenterons d'identifier.

3.2.3.1 La position de maire

La position de maire se distingue de celle des autres élus municipaux par le fait que sa responsabilité individuelle semble plus exposée dans la conduite de la politique municipale. On pourrait la rapprocher de ce que Weber dit de la responsabilité de l'homme d'Etat, il s'agit d'une « responsabilité personnelle exclusive pour tout ce qu'il fait, responsabilité qu'il ne peut ni ne doit répudier ou rejeter sur un autre. »¹⁷⁸ Mais en même temps, cette responsabilité s'applique à un agir global et non un agir sectoriel comme cela peut être le cas avec la perspective socio-sanitaire. La position de maire est de ce point de vue ambiguë.

Cette ambiguïté nous la retrouvons dans les déclarations d'un médecin maire d'une commune rurale qui entend justifier son engagement municipal par son souci de « mieux remplir sa fonction à travers tous les problèmes sociaux relevant ipso facto de l'Aide sociale » et en même temps indiquer que l'un des axes de sa gestion est la « modernisation et la rationalisation des dépenses de fonctionnement »¹⁷⁹.

Pour un autre médecin maire, il s'agira de constater le vieillissement de la population et d'insister sur sa volonté de favoriser l'investissement et le maintien d'« une pression fiscale équitable et modérée »¹⁸⁰.

Peut-être que le vieillissement de la population, réalité qu'un médecin peut mesurer quotidiennement, incitera celui-ci à prendre des initiatives un peu plus orientées en faveur des personnes âgées.

Sur ce point, on peut noter que « ce n'est plus l'absence de revenus qui constitue la principale cause de rupture sociale des personnes âgées mais la survenance d'un handicap dans une situation de solitude »¹⁸¹. Or évoquer la question du handicap, c'est appeler une réponse de type médical, et définir un cadre de perception pour exprimer l'émergence problématique d'une réalité. Partant du constat médical du handicap, des communes peuvent développer des

¹⁷⁷ J-C. Guyot, *op. cit.*, p. 164.

¹⁷⁸ M. Weber, *Le savant et le politique*, *op. cit.*, p. 129.

¹⁷⁹ Questionnaire entretien n°11.

¹⁸⁰ Questionnaire entretien n°18.

actions comme l'aide ménagère, le portage des repas, l'amélioration de l'habitat qui relèvent d'une approche sociale.

Comme il a été indiqué précédemment, la transversalité de la problématique santé fait intervenir plusieurs secteurs de l'action municipale et dans ce cas le rôle du maire est d'intervenir pour faciliter l'articulation des différentes actions en arbitrant entre les demandes et les propositions formulées par ses adjoints.

Souvent les médecins maires accèdent au mandat de maire en ayant occupé auparavant des fonctions d'adjoint dans lesquelles, ils ont lancé des initiatives qu'ils peuvent aujourd'hui revendiquer en tant que maire. Le maire actuel de Dax, J. Forte, faisait partie d'un groupe de médecins qui a été à l'origine du projet d'hospitalisation à domicile. L'association « Santé-Service-Dax », chargé d'un service d'hospitalisation à domicile reçoit l'appui de la ville qui fournit « l'aide ménagère, le portage des repas à domicile ainsi que l'amélioration de l'habitat (système d'urgence et d'alarme notamment) »¹⁸².

Des médecins interviennent plus aisément par ce type d'action parce qu'ils sont à même de constituer des réseaux d'action à partir de leurs relations professionnelles.

De façon plus claire la continuité des compétences se fait sentir lorsqu'un médecin décide de faciliter le développement de sa commune comme tente de la faire le docteur Schuler¹⁸³ à l'Hôpital (Moselle). S'appuyant sur le fait que « des recherches ont récemment montré l'impact du chômage sur la santé mentale et physique des demandeurs d'emploi », il se propose d'« ouvrir une station de prévention contre les maux contemporains pour que la commune retrouve la santé », indiquant que « la mairie et l'association Pôle travaillent depuis plusieurs mois sur l'épidémiologie liée au manque de mouvement, à l'hygiène alimentaire et aux effets du stress de la vie actuelle ». Ce type de projet est un exemple d'interprétation de la perspective bio-thérapeutique par un élu médecin. Il est proposé d'agir sur les effets parce qu'il ne semble pas possible d'intervenir sur les causes. Le choix du libéralisme économique impose le caractère naturel du chômage qui demeure politiquement inacceptable. Donc, il faut trouver les moyens d'en atténuer les effets. Le projet du docteur Schuler semble reposer sur une logique paradoxale. Il ne peut fonctionner qu'avec une population de chômeurs / clients du dispositif mis en place. Le traitement des effets du chômage, qualifiés de pathologies, est susceptible de créer des emplois. Doit-on apercevoir ici une nouvelle conception de l'économie qui ferait du chômage une source d'augmentation de l'emploi ?

¹⁸¹ *Maires de France*, octobre 1995, 78^e Congrès des maires de France, atelier 5.

¹⁸² *Maires de France*, juin 2000.

¹⁸³ *Maires de France*, octobre 1998.

La perspective bio-thérapeutique peut aussi être présentée comme figure exemplaire de la mobilisation générée par le maire.

Ainsi, la question de la marginalité sociale et les effets qu'elle peut avoir pour la vie de l'ensemble de la population, sont évoqués en termes de santé pour donner plus de légitimité à l'action municipale. Grâce à leur position dans le secteur sanitaire et social, des médecins peuvent intervenir de diverses façons en indexant leur action sur ce qui est jugé légitime. Par exemple, sur la thématique de la « prévention », ils peuvent s'orienter vers des mesures de prévention du SIDA¹⁸⁴ ou de la toxicomanie. Mais cela peut aussi engendrer des initiatives de prévention de la délinquance.

Toujours est-il qu'ils peuvent présenter au moment d'une campagne électorale les résultats de leur mandature en soulignant leur action dans le secteur social. Le docteur Labeyrie à l'occasion de sa candidature aux municipales de 1989 n'oublie pas de mentionner les points suivants : « Crèche, halte garderie, portage des repas à domicile... »

Le cas particulier des villes dotées de structures hospitalières

Pour les villes dotées d'un hôpital, le maire, étant président du conseil d'administration, se retrouve dans une position d'articulation entre une perspective territoriale et une perspective sanitaire. Le contexte local n'est pas indifférent. Il faut relier l'hôpital à l'importance de l'action sanitaire locale. Dans les villes où ce secteur s'est fortement développé, l'hôpital est un acteur parmi d'autres mais il peut aussi croître en tirant parti de sa participation à l'activité de ce secteur. Les villes de plus de 20000 habitants correspondent à ce type de configuration. Les petites villes (entre 5000 et 10000 habitants) qui accueillent un hôpital représentent une configuration différente. La perspective sanitaire est ici plus directement concentrée sur la structure hospitalière. Cette dernière occupe un poids symbolique et matériel qui spécifie la nature des enjeux.

La participation de l'hôpital à la perspective socio-sanitaire locale

Les villes qui se sont appuyées sur le dispositif Réseau-Ville-Hôpital, ont fait des structures hospitalières des acteurs spécifiques de la perspective socio-sanitaire locale. La position de maire est déterminante parce qu'elle confère à son détenteur la possibilité d'établir une convergence entre la logique de l'institution hospitalière et celle de la municipalité. Si une pluralité de perspectives compose le champ de l'action sanitaire et sociale, celle qui est portée

¹⁸⁴ Voir la présentation de l'action du docteur Calmat à Livry-Gargan, *Le Courrier des maires*, 20 décembre 1996.

par ces deux acteurs a peut être plus de chance de prévaloir. Surtout que l'insertion de l'hôpital dans un dispositif local de santé peut lui permettre de se développer¹⁸⁵ et donc de légitimer la position du président du conseil d'administration d'un double point de vue : maintien de l'offre de soin sur la ville, consistance de la perspective santé sur le terrain local.

À Tours¹⁸⁶, par exemple, le service des urgences joue un rôle « de premier accueil et d'orientation » pour les « exclus ». L'association de la structure hospitalière au dispositif sanitaire local est un élément de marquage territorial de l'action municipale en matière de santé. Elle contribue à faire exister une politique sanitaire locale.

L'hôpital local dans une petite ville y accroît l'importance du secteur santé. Là où la taille de la ville impose une relation modeste avec les propositions d'action résultant des politiques nationales comme la lutte contre la toxicomanie, le développement du sida, l'hôpital a une consistance matérielle et symbolique qui en fait un enjeu de la vie locale en matière de couverture sanitaire. C'est en fonction de cette réalité que certains médecins exerçant les fonctions de maire se sont opposés aux mesures de réduction de l'offre hospitalière dans leur ville en s'appuyant sur leur capacité d'expertise en ce domaine. Comme nous allons le voir, l'« enjeu hospitalier » est aussi devenu un élément du débat électoral avec des résultats parfois opposés suivant les sites que nous avons choisi d'étudier.

Nous présenterons ici la position de maire dans les communes dotées de structures hospitalières et les positions dans lesquelles les médecins se trouvent engagés dans des opérations de coordination avec les autres institutions.

Pendant la période de développement des structures hospitalières, des médecins ont pu s'appuyer sur leur mandat de maire pour améliorer l'équipement de l'établissement dont ils présidaient le conseil d'administration. Ils pouvaient intervenir dans la même direction soit en remplacement du maire dans sa fonction de président, soit en tant que conseiller municipal délégué. Le témoignage suivant permet d'illustrer notre propos : « Après la guerre, j'ai été radiologiste de l'hôpital. J'ai mal tourné en ce sens que c'était en 1945 et que le directeur de l'hôpital qui m'avait fait venir ne voulait pas m'acheter le matériel parce qu'il prétendait ne pas en avoir les moyens, ce qui fait que je me suis présenté au conseil municipal en 1945...en me disant, on me désignera comme administrateur de l'hôpital, il sera bien obligé de m'acheter du matériel... »¹⁸⁷

¹⁸⁵ P. Valarié, *op. cit.*, p. 75.

¹⁸⁶ M. Lussault, *op. cit.*

¹⁸⁷ Cité dans l'enquête du CERMES, *op. cit.*, p. 131.

Quand le docteur L rappelle, pour les municipales de 1989 à Mont-de-Marsan, qu'an tant que président du conseil d'administration de l'hôpital de Mont-de-Marsan, il a obtenu « la création d'un centre d'hémodialyse, un scanner, le nouveau CTS », il illustre la relation ancienne que le maire entretient avec l'hôpital de sa ville. La singularité de cette relation résulte aussi du fait qu'il se trouve appartenir à une profession qui apparaît valorisée par la présence d'une structure hospitalière dans une ville. Il faut se souvenir de la remarque formulée à propos du département de la Haute-Garonne : « Comment, en effet dans un département classé au premier rang pour l'offre hospitalière échapper aux médecins ? »¹⁸⁸

Lors d'un entretien, un médecin élu nous a rappelé que son père était à l'origine du service de chirurgie de l'hôpital et que plus tard, il avait contribué à son développement. Au cours de la conversation, il n'avait pas omis de souligner que son concurrent électoral, lui aussi médecin, n'avait pas fait grand chose pour l'hôpital¹⁸⁹. Propos que celui-ci démentira un peu plus tard¹⁹⁰.

Au cours des années 90, la réorganisation du maillage hospitalier régional a mis l'accent sur les fermetures de certains services dans les hôpitaux des petites villes. Il ne faut pas oublier qu'avant de devenir un croisement conflictuel de perspectives, les relations entre le local et le national sur la question hospitalière relevaient plutôt d'un croisement harmonieux. À partir de 1945, la politique de santé s'est considérablement développée, et l'amélioration du tissu hospitalier s'inscrivait dans cette logique. Pour le maire, la qualité de l'équipement hospitalier de sa commune était synonyme de beaucoup de choses : attraction voire leadership de sa commune dans le canton, définition d'une zone d'influence au-delà de celui-ci, maintien d'un emploi stable et d'une dépense publique positive pour l'économie locale. Il n'est pas interdit de penser que durant la phase de croissance de la politique de santé, « l'hôpital public était devenu un élément de prestige électoral qui n'est pas étranger à certains suréquipements hospitaliers, source de gaspillages, voire à une multiplication anarchique et dispendieuse de l'implantation des établissements eux-mêmes. »¹⁹¹

La présidence du conseil d'administration place le maire dans une position d'arbitrage entre des groupes sociaux défendant leurs perspectives et leurs intérêts. Cette position lui fut disputée un moment, avant que le gouvernement ne fasse machine arrière¹⁹², confirmant ainsi la thèse¹⁹³ suivant laquelle la présidence du conseil d'administration de l'hôpital public ne

¹⁸⁸ *Impact médecin hebdo*, n°211, 5 novembre 1993.

¹⁸⁹ Entretien / questionnaire n°19.

¹⁹⁰ Entretien / questionnaire n°18.

¹⁹¹ P. Bonici, *Notes et études documentaires* sur l'hôpital public, 1992.

¹⁹² Voir chapitre 2.

¹⁹³ *Communes* n°344, janvier 1996, entretien avec C. Evin.

peut être confiée ni à un représentant des caisses de sécurité sociale « qui serait juge et partie », ni à un représentant du corps médical car « les services vivront dans un climat de campagne électorale permanente ». On peut alors envisager l'ambiguïté de la position d'un maire médecin lorsqu'il a à assumer cette présidence.

Quand les gouvernements successifs ont tenté de mettre en œuvre une politique de réduction des coûts générés par le système hospitalier, les premières mesures visaient à « rationaliser » l'offre de soins en proposant de « constituer une mise en réseau graduée et coordonnée des divers hôpitaux et professionnels de la santé sur une même zone sanitaire »¹⁹⁴. Cela supposait des accords entre les différents partenaires, médecins, élus, représentants de l'administration. Les représentants du gouvernement mettant l'accent tantôt sur la nécessaire « qualité des soins »¹⁹⁵ tantôt sur la priorité de la « sécurité sur la proximité »¹⁹⁶. L'exemple qui a donné lieu à un débat serré avec les élus concernés par la question est celui de la sécurité dans les maternités dont l'origine réside en partie dans la publication d'une enquête par la revue *Science et Avenir*. Elle a été suivie d'une réponse solidement argumentée de l'Association des petites villes de France (APVF) dans un Livre blanc qui servira de base d'argumentation à beaucoup d'élus locaux.

La compétence développée par certains médecins élus locaux dans cette négociation avec le gouvernement mérite d'être soulignée. Il ne s'agit pas ici de s'exprimer sur la compétence en tant que qualification de la valeur de l'agir. Il faut essayer de percevoir les termes de l'agir initié par un élu médecin. Par exemple, le docteur Castagnet, maire de La Réole et président de la commission hospitalière de l'APVF a fait prévaloir à plusieurs reprises sa compétence de médecin pour répondre à l'argumentation qui lui était proposée. Ainsi quand il dit : « Je suis médecin et persuadé qu'il faut nous structurer en nous adaptant aux exigences économiques, mais aussi convaincu que 25000 habitants vivant sur 4 cantons ont besoin d'un hôpital »¹⁹⁷, il associe à son point de vue médical une perspective de défense de l'aménagement rural. Comme l'avait indiqué un autre maire médecin, le docteur J.P Szanto : « la disparition d'un hôpital de proximité constituerait une catastrophe en milieu rural, car elle rendrait la vie plus difficile à la population actuelle et risquerait de dissuader les retraités de s'installer dans la région »¹⁹⁸.

¹⁹⁴ Circulaire du 3 juin 1993.

¹⁹⁵ P. Douste-Blazy, le *Courrier des maires*, 23 septembre 1994.

¹⁹⁶ B. Kouchner, *Maires de France*, février 1999.

¹⁹⁷ Docteur B. Castagnet, maire de La Réole, président de la commission hospitalière de l'APVF, *Communes*, n°51, janvier 1996.

¹⁹⁸ *Départements et communes*, octobre 1994, p. 34.

Il n'est pas exclu que l'excellente qualité des analyses proposées par le Livre blanc de l'APVF soit liée à une intervention importante des élus médecins et cadres hospitaliers. Par exemple, sur la question de la sécurité dans les hôpitaux de proximité, l'étude de l'APVF constate que le taux moyen d'infections nosocomiales est inversement proportionnel à la taille des établissements¹⁹⁹. Dans le domaine de l'analyse des coûts, point de focalisation de l'argumentation gouvernementale, l'APVF constate « que plus un hôpital est grand et plus il est coûteux » en précisant que les 400 hôpitaux de proximité, c'est-à-dire les plus petits établissements publics ne représentent que 5 % des dépenses hospitalières contre 50 % pour les 29 CHR. Le coût d'un passage en urgence est de 4000F en CHU contre 950 à 1350 dans une petite structure. Or 80 % des urgences sont des cas médico-sociaux qui devraient être traités dans les structures de proximité. »²⁰⁰

À propos de la sécurité périnatale, B. Castagnet précise : « Nous sommes d'accord sur l'obligation de pratiquer des accouchements sans risques. Mais supprimer la maternité de proximité a pour conséquence des grossesses mal suivies car les futures mamans ne se déplacent pas sur un plateau technique éloigné. Où est la sécurité périnatale dont les pouvoirs publics parlent tant ? »²⁰¹

Le rappel de ces analyses permet de comprendre la compétence manifestée par des médecins et des cadres hospitaliers pour établir une contre-expertise crédible par rapport à celle des différents gouvernements.

Mais au fur et à mesure que se développe la conflictualité locale sur la question hospitalière, l'action des maires se montre plus déterminée parce que la résolution de cette conflictualité implique une intervention croissante des acteurs locaux. Le maire adopte la position d'« un médiateur entre les différents acteurs du monde hospitalier, directeurs, médecins, infirmières et malades, qui sont souvent aussi les citoyens de la commune... »²⁰²

L'expression de cette compétence est encore plus nette lorsque les maires prennent des initiatives pour harmoniser l'offre hospitalière dans leur commune en incitant à des regroupements de services entre le secteur public et le secteur privé. On peut citer ici les exemples des villes d'Autun et de Cosne-Cours-sur-Loire²⁰³. Parfois les élus initient des

¹⁹⁹ *Communes*, n°369, avril 1998.

²⁰⁰ Livre blanc de l'Association des petites villes de France.

²⁰¹ *Le Courrier des maires*, février 1999.

²⁰² André Damien, maire de Versailles et président national de la Fédération hospitalière de France, *Départements et communes*, octobre 1994, p. 34.

²⁰³ *Le Courrier des maires* du 23 septembre 1994, p. 17.

solutions originales visant, par exemple, à créer une société d'économie mixte permettant d'intégrer les services d'une clinique privée et ceux d'un hôpital public²⁰⁴.

Les élus ont aussi joué un rôle déterminant dans les restructurations hospitalières en s'appuyant sur une logique d'intercommunalité comme l'ont fait les maires des quatre communes du canton de Lapoutroie (Haut-Rhin)²⁰⁵.

Dans la ville de Libourne, le service de maternité de la clinique privée a disparu au profit de celui de l'hôpital. La mise en réseau entre les hôpitaux publics s'est organisée entre les villes de Blaye et de Sainte-Foy-La-Grande. Le fait que ces trois villes soient dirigées par des élus du Parti socialiste a peut être facilité la concertation nécessaire à la mise en place de cette réorganisation.

À Vire, c'est une association loi 1901 qui assure une concession de service public en chirurgie impliquant à la fois le secteur privé et le secteur public²⁰⁶.

L'intervention de la perspective médicale dans le débat électoral

Le cas du docteur Castagnet est significatif parce que l'agir qu'il a développé pour sauvegarder l'hôpital de sa ville s'est orienté dans plusieurs directions. Il participe à la structuration de la mobilisation des élus locaux sur la question. Il tente une opération de même type auprès des élus de la FNESR, le 20 octobre 1998 à l'Assemblée nationale. Au plan local, il essaie de maintenir le maximum de services au sein de l'hôpital. En 1994, celui-ci auto-finance la modernisation de son bloc opératoire (2,5 millions de francs) et celle du service de radiologie (3 millions de francs) en 1995. Il propose la création d'un établissement intercommunal de moyenne Garonne avec Langon et Tonneins. Ce projet est refusé par la DRASS qui préfère l'association entre Marmande et Tonneins. Il convient de se souvenir de ce qui a été dit plus haut pour comprendre l'état des relations entre Langon et La Réole sur la question hospitalière. Pour un certain nombre de raisons, ces deux villes n'ont pu trouver un terrain d'entente sur la question hospitalière alors que, d'autres, comme Bazas et Cadillac (33) sont parvenues à un accord minimal.

Au moment de la fermeture des urgences en 1994, le maire est suivi par une population mobilisée dans tous ses secteurs : élus, médecins, personnel hospitalier, usagers. La réouverture de la chirurgie et des urgences le 20 juin 1994 est le résultat de cette mobilisation. Si l'on tente de reconstruire les traits de la compétence mise en œuvre par le docteur Castagnet à travers ces différents contextes, on s'aperçoit que la continuité apparaît à certains

²⁰⁴ *Communes* n°347, p. 39.

²⁰⁵ *Le Courrier des maires*, n°60 du 31 mai 1996, p. 60.

moments mais qu'elle n'est pas suffisante. La capacité à mobiliser des élus, des usagers, des médecins, à organiser une réflexion collective n'est pas forcément une compétence d'ordre médical. Elle peut, mais de façon partielle, être liée à la compétence mise en œuvre par le médecin généraliste dans la mesure où celui-ci fait continuellement l'expérience de la pluralité des mondes sociaux, qu'il doit s'y adapter en conservant suffisamment de distance pour répondre aux exigences de sa mission première, la compréhension des malades, la désignation des pathologies et le choix d'une thérapeutique. Mais, en dehors de cela, comment peut-on négliger, l'implication partisane d'un médecin, son insertion dans les réseaux d'élus ? La compétence qui permet de s'ajuster à ce type de situation est un produit, toujours modulable, de l'agrégation des expériences passées.

Précisément, la réélection du docteur Castagnet aux municipales de 2001 ainsi qu'au Conseil général atteste de la reconnaissance de sa compétence par l'électorat. La compétence qui lui est attribuée à l'occasion de ces élections est la représentation de la sédimentation de son agir dans son identité totale.

En Gironde, et pour les mêmes élections, un autre médecin voit sa compétence sanctionnée²⁰⁷. Le docteur M, maire de Sainte-Foy-La-Grande et candidat au Conseil général, pour un siège qu'il avait déjà occupé antérieurement, connaît deux échecs électoraux. Que l'on se réfère au contenu du débat électoral ou aux commentaires suscités par les deux scrutins, il apparaît que la compétence mise en œuvre par le docteur M sur la question de l'hôpital est mise en cause tout au long de la campagne électorale²⁰⁸. À l'issue du premier tour des élections municipales, il n'a pas suffisamment de voix alors qu'en 1983, il avait été élu très facilement. Pour les cantonales, il n'arrive qu'en 3^e position derrière le candidat P. Collas qui a centré sa campagne sur le maintien en activité de tous les services de l'hôpital²⁰⁹.

Une chose est pour nous certaine : il est difficile reprocher au docteur M de ne pas avoir vu venir le problème hospitalier car dans l'entretien qu'il nous avait accordé en 1994, il l'avait évoqué sans que nous lui ayons posé de question directe sur ce point. Il est à l'origine de la construction d'un pavillon pour personnes âgées dépendantes, projet qui inscrit dans le programme d'humanisation des maisons de retraite mené par le Conseil général de la Gironde, et qui bénéficie d'un financement à hauteur de 40% de l'institution départementale. On a pu mesurer ainsi l'articulation des compétences qui peut se réaliser entre la position de maire, président du conseil d'administration de l'hôpital, et celle de conseiller général.

²⁰⁶ *Maires de France*, décembre 1996.

²⁰⁷ *Sud Ouest*, 33, 13 mars 2001, « le maire sanctionné ».

²⁰⁸ *Sud Ouest*, 33, 13 mars 2001.

²⁰⁹ *Sud Ouest*, 33, 21 février 2001.

Toutefois, la réussite de cette articulation est aussi une conséquence de l'appartenance du docteur M à la majorité départementale.

Maintenant, il faut rapporter ses échecs électoraux à l'instrumentalisation de la conflictualité hospitalière par les différents acteurs des compétitions électorales. Peut-être que le docteur M a sous-estimé l'impact que pouvait avoir le registre « emplois perdus et identité locale blessée »²¹⁰ présenté par P. Collas traduisant la mobilisation sociale qui s'était réalisée en décembre 1999 autour de la défense de l'hôpital quand 1000 électeurs avaient rendu leur carte et que 13 conseils municipaux avaient démissionné²¹¹. Il est vrai que dans un premier temps, le maire sortant de Sainte-Foy-La-Grande a considéré la question de l'hôpital comme une affaire réglée²¹², point de vue corrigé quelques semaines plus tard par le Président du Conseil général, P. Madrelle, venu inaugurer les nouvelles installations de la maison de retraite qui, lui, n'a pas hésité à rappeler que « si M. M.... n'avait pas été là, il n'y aurait plus de centre hospitalier à Sainte-Foy »²¹³.

La position adoptée par le docteur M est peut être apparue trop favorable à la restructuration de l'hôpital sur la base d'une mise en réseau avec les hôpitaux de Bergerac et de Libourne. La fermeture du service de maternité en 1998 s'accompagnait d'un redéploiement des moyens en faveur du premier avec la mise en place d'un service de consultation en obstétrique assuré par les praticiens bergeracois. La mise en réseau avec l'hôpital de Libourne se traduit par la création d'un SMUR commun essayant de travailler en synergie²¹⁴. Cette évolution est d'ailleurs soutenue par certains médecins de l'hôpital²¹⁵.

Pour mener son action, le docteur M a pu compter sur le soutien du Conseil Général puisque celui-ci a financé à hauteur de 30 % la maison de retraite, « Les Mimosas », rattachée à l'hôpital. L'institution départementale n'est pas étrangère à la mise en place d'un service de post-cure alcoolique puisque ce secteur est de sa compétence.

Les échecs électoraux du docteur M s'expliquent par le fait que les électeurs ont perçu la compétence qu'il a mise en œuvre relativement au contexte électoral. L'existence d'un courant d'opinion hostile à toute restructuration quantitative de l'activité de l'hôpital, incarné dans le débat électoral par P. Collas a relativisé la position de compromis adoptée par le maire de Sainte-Foy-La-Grande. La reconnaissance de la compétence d'un agent, au sens de réussite

²¹⁰ *Communes* n°385.

²¹¹ *Sud Ouest*, 33, 29 janvier 2000.

²¹² *Sud Ouest*, 33, 9 février 2001.

²¹³ *Le Résistant*, 23 février 2001.

²¹⁴ Présentation du fonctionnement dans *Le Résistant* du 7 septembre 2001.

²¹⁵ Article du docteur Chavaroche, médecin-chef de l'hôpital de Sainte-Foy-La-Grande, *Le Résistant* du 23 février 2001.

dans l'action, dépend des significations contextuelles qui contribuent à construire la compétence attendue.

3.2.3.2 La position d'adjoint chargé des affaires sociales

Pour comprendre la singularité de la position de l'adjoint au maire chargé des affaires sociales, il faut rappeler ici quelques éléments relatifs à la position d'adjoint au maire. C'est un élu qui dispose d'une « double légitimité »²¹⁶, celle qui résulte de son élection et celle qui découle de sa désignation par le maire. Cette désignation s'accompagne souvent d'une délégation de pouvoir ou de signature sur un champ de compétence qui pour être juridiquement défini n'en est pas toujours clair en raison des croisements de compétence entre les différentes délégations. La fonction d'adjoint, si elle n'a pas le degré de signature publique de celle de maire, permet de mettre en œuvre une compétence d'articulation entre les pôles professionnel et administratif. Le conseiller municipal chargé du secteur santé a plus de disponibilité pour participer au travail d'intégration des perspectives portées par les différents intervenants. Il a été mentionné plus haut que dans les villes de plus de 15000 habitants plus de la moitié des conseillers municipaux exerçant la délégation à la santé occupent la fonction d'adjoint au maire.

Comme pour tous les adjoints, les médecins délégués à la santé ou aux affaires sociales doivent leur présence aux côtés du maire à « leurs appartenances politiques, associatives, professionnelles »²¹⁷. Il peuvent ainsi constituer des « relais précieux au sein de la société urbaine »²¹⁸. Pour un médecin, élu municipal, l'exercice d'une délégation d'adjoint ne résulte pas exclusivement de son identité professionnelle mais davantage d'engagements sociaux, liés par certains aspects au rôle de médecin, qui produisent une compétence dont l'étendue va au-delà de celle de médecin. Cependant, il ne faut pas se contenter d'associer de façon simplificatrice la profession de médecin à un engagement dans le secteur sanitaire et social car on peut aussi rencontrer des médecins, conseillers municipaux adjoints à la santé qui déclarent, comme le délégué à la santé de la ville d'Alès, médecin radiologue exerçant en clinique : « le sida, la toxicomanie, les soins palliatifs, j'en ai jamais entendu parlé. Je suis

²¹⁶ O. Borraz, « Les relations politique-administration depuis la décentralisation, Janus au pouvoir », *Pouvoirs locaux* n°37, p. 60.

²¹⁷ O. Borraz, *art. cité.*, p. 60.

²¹⁸ O. Borraz, *ibidem*.

radiologue et je n'ai jamais vraiment été confronté, dans ma profession à ce genre de problèmes. »²¹⁹ Comme le soulignent les auteurs de cette enquête, la conception que ce médecin se fait de la santé publique municipale est liée à la perception qu'il a de sa position au sein de l'équipe municipale tout autant qu'à sa culture professionnelle. À Béziers, le premier adjoint, médecin de la CPAM, appartenant à la municipalité élue en 1989, incarne une politique de recentrage de la politique de santé municipale en direction de la prévention collective et d'une réorientation des relations avec les associations privilégiant la spécialisation à la sectorisation²²⁰.

La continuité des compétences est le produit de la rencontre entre une trajectoire individuelle, marquée par des engagements politiques et sociaux successifs, et une position valorisée par la nature du cadre d'expérience. La structure en réseau accentue l'importance des acteurs occupant plusieurs positions, et l'action de ceux qui les occupent est reconnue comme plus déterminante.

Nous le voyons par exemple à Béziers, où les chercheurs soulignent « la participation clé du conseiller municipal à la prévention et à l'insertion, psychiatre de secteur largement implanté dans la vie locale, se définissant lui-même comme un militant du lien social »²²¹. Ce dernier précise que son objectif premier est de « de pacifier les relations entre les services de police, ceux de la justice et de mettre en place des espaces de concertation négociation qui permettent la régulation territorialisée des différents agents ». Sa profession de psychiatre le rapproche de la nature de l'expertise produite par l'étude action GRES 31 qui, elle-même, s'appuie sur une conception du langage médical valorisant les relations entre les conditions sociales d'émergence des maladies et ces dernières. Conception qui constitue la perspective d'un médecin dont la « triple légitimité professionnelle, politique et militante constitue un levier d'action puissant pour concrétiser cette visée. »²²²

Le rôle clef de l'engagement individuel est souligné par le docteur Titran lorsqu'il indique que pour lui, « le domaine social doit partir des individus vers les professionnels, sous le regard de l'homme politique qui n'a plus qu'à faire les choix en fonction des enveloppes budgétaires. »²²³

En devenant élu, il entre en contact avec les administrations déconcentrées, celle des autres collectivités territoriales ou le personnel communal. À travers les contextes de concertation, le

²¹⁹ Cité par J-C. Guyot et P. Laudoyer, « Figures sanitaires de la gestion municipale », p. 146.

²²⁰ P. Valarié, *op. cit.*, p. 66.

²²¹ P. Valarié, *op. cit.*, p. 68.

²²² P. Valarié, *ibidem*.

médecin élu fait l'apprentissage de positions qu'il ne connaît pas, bien qu'il ait pu expérimenter certains contextes par le biais de sa compétence associative. Par exemple, si le CAMSP de Roubaix bénéficie d'un financement à 80% par la CRAM et 20 % par le Conseil général, il faut que ses responsables aient négocié avec ces institutions. Donc s'il est fait appel à un médecin qui a une compétence associative dans le secteur sanitaire et social pour figurer sur une liste municipale, la compétence qu'il met en oeuvre en tant qu'élu n'est pas seulement une compétence sectorielle mais celle résultant d'un apprentissage d'une variété des positions. Lorsque des médecins accèdent à un poste d'adjoint, chargé des affaires sociales après avoir exercé leur compétence en milieu associatif, ils se retrouvent dans des contextes qu'ils connaissent mais avec l'avantage de savoir ce que l'occupation des deux positions peut enseigner. Cet exemple, confirme la thèse suivant laquelle la diversification des positions est constitutive de compétence.

Ainsi, la compétence développée par le docteur Chollet pour « la mise en place de structures associatives de protection de l'enfance au sein de la famille, actions dites en milieu ouvert, qui ont remplacé les placements en établissements spécialisés »²²⁴ s'est trouvée modifiée du jour où, en position d'élu municipal et de conseiller général (1981), il a pu concevoir son action passée sous un autre angle. En accédant à des positions d'élu, il a approfondi sa connaissance des cadres juridiques et des logiques administratives qui encadraient son action associative antérieure, tout en conservant une position d'articulation par rapport au système de relations dans lequel il était positionné antérieurement à son élection. Il exprime cette logique d'enrichissement des compétences lorsqu'il se présente au Conseil général en déclarant « J'ai pensé que je pourrai mieux les convaincre de l'importance des questions sociales »²²⁵ comme il le soutient encore lors de sa candidature aux législatives de 1986 « avec l'ambition d'intégrer dans les textes, dans les lois à venir les idées force liées à mon expérience professionnelle et sociale »²²⁶.

La continuité des compétences pour exprimer une réception, par le médecin élu, des demandes formulées par leurs confrères.

Le rôle des associations dans « la production et la diffusion d'information permettant d'élucider un problème social, médical ou médico-social »²²⁷ a été souligné à plusieurs

²²³ *Le Courrier des maires*, 22 septembre 1995.

²²⁴ A. Orenstein, *op. cit.*

²²⁵ *Le petit bleu*, 30 mai 1995.

²²⁶ Extrait de l'entretien du 21 décembre 1996 avec A. Orenstein pour son mémoire sur les élections municipales de 1995 à Agen.

²²⁷ J-C. Guyot, « L'acteur associatif dans le champ de la politique locale de santé », *op. cit.*, p. 191.

reprises. Or ces associations font souvent appel à des médecins pour plusieurs raisons. La participation de ces médecins à leurs activités renforce leur capacité d'expertise et d'action, ne serait-ce que par la possibilité d'activer des solidarités professionnelles. Elles font souvent appel à l'autorité des professionnels de santé (les médecins) pour valider la crédibilité de leur posture²²⁸. La continuité professionnelle entre le médecin élu et ses confrères s'établit lorsque, « traduisant une demande sociale, l'association peut provoquer la mise sur l'agenda municipal, l'organisation et la programmation d'un certain type d'actions jugées pertinentes pour résoudre un problème »²²⁹. Ce qui peut être analysé comme une solidarité professionnelle est aussi une convergence des perspectives émanant d'acteurs positionnés différemment.

Ainsi dans les politiques de lutte contre la toxicomanie, la position des médecins leur permet d'envisager celle-ci comme une maladie qu'il faut soigner²³⁰, langage qui peut être compris par un médecin avec une connotation technique ou selon une acception morale.

Il peut s'instaurer une complicité professionnelle entre les médecins élus et non élus pour provoquer l'émergence problématique d'une réalité sociale. L'étude sur la ville d'Alès nous indique que « ce sont les médecins généralistes qui paraissent tout particulièrement se saisir de l'objet santé »²³¹, parce qu'ils se trouvent confrontés à la prise en charge ambulatoire des malades du Sida et des toxicomanes. Prise de conscience qui s'est accompagnée d'un effort spécifique de formation en ce domaine.

Ce qui fait dire à l'élu santé, médecin radiologue s'avouant peu informé de ces questions, qu'« il n'y a pas de véritables demandes de la part de la population sur la santé. La demande vient plutôt des médecins généralistes ». Mais cette demande ne sera pas accueillie par les médecins élus de la même façon. Celui dont nous parlons ici, évoque son rôle en ces termes : « mon action, mon rôle dans tout ça, c'est de faire de la médiation entre les médecins généralistes et le maire. On peut dire d'ailleurs que la politique de santé est faite par les professionnels »²³².

Comme on a pu la constater « nous sommes en présence d'un corps professionnel, qui intervient non seulement dans la construction des problèmes, mais aussi dans la définition et l'orientation politique qu'il faut leur donner »²³³.

²²⁸ J-C. Guyot, *op cit.*, p. 193.

²²⁹ J-C. Guyot, « L'acteur associatif dans le champ de la politique locale de santé », *op. cit.*, p. 192.

²³⁰ J-C. Guyot, P. Laudoyer, *op. cit.*, p. 141.

²³¹ J-C. Guyot, P. Laudoyer, *op. cit.*, p. 147.

²³² J-C. Guyot, P. Laudoyer, *ibidem*.

²³³ J-C. Guyot, P. Laudoyer, *op. cit.*, p. 152.

En clair, les médecins engagés dans des fonctions municipales sont porteurs de leur propre expérience du quotidien mais ils doivent aussi pouvoir tenir compte, comme cela a été dit de la ville d'Alès, des interpellations de leurs confrères généralistes sur des questions concernant la vie collective.

À Bordeaux, le rôle de l'association Médecins du monde dans la mise en évidence du problème du saturnisme a été révélateur. Les médecins de cette association ont contribué à en faire « un opérateur de sens » qui « signifie une réalité sociale en la cristallisant autour d'un problème sanitaire »²³⁴. La problématisation de cette réalité en termes sanitaires conduit à poser le problème du relogement. « C'est précisément dans l'observation fine des scènes locales que l'on peut constater combien l'action de certains professionnels, de certaines associations, de certains élus représente un véritable travail d'invention de la santé publique, consistant à traduire la déviance et la dépendance en risque sanitaire et à inscrire celui-ci dans l'espace public pour en faire un objet de politique »²³⁵.

Dans les villes dotées de structures hospitalières, les opérations associant plusieurs partenaires, élus municipaux, personnels hospitaliers, caisse d'assurance maladie, les médecins qui s'impliquent s'appuient sur une communauté de perspective, centrée sur la santé, pour entrer dans une compétence d'articulation que la multiplicité des acteurs rend nécessaire.

²³⁴ D. Fassin, « Politique des corps et gouvernement des villes », *op. cit.*, p. 14.

²³⁵ D. Fassin, « Politique des corps et gouvernement des villes », *op. cit.*, p. 16.

Conclusion

Au début de ce chapitre, nous nous proposons d'analyser les relations entre la profession médicale et le monde des élus sur la base d'une continuité des compétences entre le métier de médecin et les différents rôles que peut générer la position électorale.

Dans le domaine des significations qui alimentent les opérations de légitimation que l'on peut rencontrer au cours d'une élection, cette continuité apparaît dans les registres utilisés par certains médecins. On ne peut dissocier l'usage de ce registre de l'histoire d'une représentation qui associe la profession médicale à un secteur qui s'est considérablement développé depuis un siècle. Toutefois, la position d'une profession dans un secteur ne doit pas être confondue avec les différentes expressions de cette position. Le langage associé à l'institution médicale, celui auquel il est fait référence en terme de médicalisation de la société, est un facteur d'extension de ce secteur, parce que si « le pouvoir du médecin découle de sa capacité à créer une représentation *objective* de la condition physique ou mentale d'un patient »²³⁶, celui du médecin élu le conduit dans la situation de qualifier des réalités sociales. Mais il ne le fait pas seul. Son interprétation est rendue possible par un accord tacite des autres responsables de l'action publique sur les conditions de l'émergence problématique des réalités sociales. Il convient donc de prendre en compte la spécificité du cadre d'expérience que constitue le secteur sanitaire et social à l'échelon local, en restant attentif aux changements qui ont pu l'affecter au cours de notre période d'étude. Or ce cadre fait intervenir une diversité d'acteurs, dans des positions et des perspectives concurrentes.

À l'échelon local la portée du langage associé à l'institution médicale est aussi importante que la présence des médecins dans les collectivités locales. La perspective sanitaire consolide la position des médecins engagés dans la vie politique locale mais elle a d'autres effets. Elle pénètre le cadre d'expérience politique local en contribuant à la mise en forme problématique des réalités sociales par les différents acteurs du cadre.

Nous avons aussi montré les limites d'une lecture qui se focaliserait sur la continuité entre l'appartenance professionnelle et l'exercice des mandats d'élus. En effet, l'implication des médecins élus dans le secteur sanitaire et social intervient dans la continuité d'un engagement qui ne repose pas seulement sur des motifs professionnels. L'agir développé dépend aussi de conceptions trouvant leurs sources dans le registre moral et idéologique. Cela est vrai pour des individus comme pour les collectivités locales qui développent des pratiques de santé publique en fonction de choix politiques propres.

²³⁶ A. Cicourel, « La connaissance distribuée dans le diagnostic médical », *Sociologie du travail*, n°4, 1994.

Sans doute faut-il noter, qu'au cours de ces dernières années, la perspective sanitaire alimente la construction des objets de l'agir politique local. Il ne faut pas seulement y voir le résultat d'une intervention particulière de la profession médicale. Il s'agit, en effet, d'un secteur dont la valorisation symbolique a plus de poids que les réalités matérielles. Les médecins qui continuent leur action par un mandat d'élu le font au nom de conceptions qui ne peuvent être limitées à ce que nous pourrions appeler, de façon sans doute incomplète, une idéologie professionnelle. De plus, il n'est pas très pertinent de confondre le cas des médecins, exerçant en milieu rural dont on a pu dire que « leur place à la tête du conseil général n'est que la suite logique d'une carrière consacrée aux affaires publiques »²³⁷ avec ceux qui pratiquent en milieu urbain en s'impliquant dans des pratiques associatives où se joue de façon permanente l'articulation entre le social et le sanitaire.

Cependant il ne fait pas de doute que l'expérience d'une variété de positions dans l'espace sanitaire et social est, pour certains d'entre eux, constitutive d'une compétence qui peut être reconnue lors des élections et exercée dans le cadre de l'agir public local.

Si la lecture en terme de continuité permet de relier des trajectoires d'acteurs à des modalités individuelles de participation aux différents contextes de l'agir public local, elle ne constitue pas une interprétation permettant d'affirmer que tous les médecins élus locaux s'impliquent de façon homogène dans le secteur sanitaire et social. Cette diversité des contextes indique que d'autres élus y jouent un rôle important et qu'il est difficile de prouver la capacité d'influence réelle des médecins élus locaux sur le cours des choses. Un médecin élu obtient une délégation à la santé ou aux affaires sociales en raison d'une compétence formée par le cumul de positionnements successifs dans le social et le politique. Ce n'est donc pas seulement en raison de son identité professionnelle. Peut-être que la perspective biothérapeutique associée à la position sociale de la profession médicale a plus d'influence sur le cadre d'expérience politique local que les agents qui l'incarnent.

²³⁷ *Impact médecin* quotidien, 15 mars 1994.

CHAPITRE 4

DES ÉLUS LOCAUX MÉDECINS

Dans la deuxième partie de la thèse, la réflexion est centrée sur l'implication des médecins dans l'agir public local en distinguant la perspective spécialisée de l'action sanitaire et sociale pour les raisons que nous avons indiquées. Il s'agit de mettre l'accent sur ce qui peut constituer un facteur de différenciation des médecins élus locaux par rapport aux autres élus. Suivant cette lecture l'action sanitaire et sociale est une version localisée de ce qui a été désigné dans le chapitre 1 par perspective bio-thérapeutique, perspective associée à la position sociale de la profession médicale en France. Il paraît utile de formuler ce rappel parce qu'il faudra se demander si cette perspective peut influencer, d'une façon ou d'une autre, celle de l'agir public local.

Complémentairement à ce qui a été étudié dans le chapitre 3, il convient d'adopter à présent un autre regard sur la population des médecins élus locaux. S'ils ne sont pas engagés dans le secteur sanitaire et social quelles positions occupent-ils ? Ils se retrouvent dans la même situation que tous les autres élus. Élus municipaux, ils peuvent exercer des délégations de toute nature, assumer un mandat de maire. Conseillers généraux, ils participent aux travaux des différentes commissions, et peuvent éventuellement occuper des postes de présidence ou de vice-présidence. Ce constat, somme toute élémentaire, rappelle que les médecins élus locaux sont aussi des élus locaux médecins. Par l'élection, ils accèdent à un cadre d'expérience qui a ses propriétés propres et leur compétence d'élu est définie et se construit par rapport à cet univers. Ce dernier a connu des changements durant la période qui sert de cadre temporel à notre étude. La difficulté d'exposition est comparable à celle rencontrée dans le chapitre précédent : il convient de différencier les espaces institutionnels, communes et départements dans lesquels figurent les positions électives, mais il faut intégrer les changements intervenant dans le cadre dont le principal est la décentralisation. Cette complexité explique que l'on ait eu recours depuis le début de notre réflexion à la notion d'agir public local. En effet, peut-on dire, aujourd'hui que l'agir développé par les collectivités locales se limite aux compétences définies institutionnellement ? L'interprétation

qu'en donnent les élus locaux n'est-elle pas une source d'extension implicite de ce champ ? Les collectivités territoriales sont-elles les seules à participer à l'élaboration de l'agir public local ? La définition des propriétés du cadre aidera à comprendre les changements qui affectent la compétence impartie aux élus locaux suivant la position qu'ils occupent. Cette dernière doit aussi être située par rapport à la trajectoire électorale des médecins. Suivant la nature de leur mandat, ils se retrouveront confrontés à des univers décisionnels plus ou moins complexes. Appartenir à un Conseil général, aujourd'hui, signifie se trouver en contact avec une organisation, et donc une grande diversité d'acteurs intervenant dans la préparation et l'exécution des décisions publiques. La remarque est identique pour ce qui est des grandes unités urbaines. Et que pouvons-nous dire des communes rurales engagées dans les processus conduisant à l'intercommunalité ?

En tout état de cause, une réflexion sur la compétence d'élu demande à prendre en compte la compétence attribuée aux autres acteurs de l'agir public local. Mais de quels acteurs parlons-nous ? S'agit-il uniquement de ceux qui interviennent aux côtés des élus dans la construction de la décision publique ou de ceux qui peuvent s'inscrire d'une façon ou d'une autre dans la perspective de l'agir public local ?

En retenant la notion d'agir public local, nous adoptons une position de recherche qui se propose d'intégrer dans un contexte territorial donné l'ensemble des acteurs et des actions qui interviennent en complément ou au nom des collectivités locales. Les administrations déconcentrées de l'Etat sous l'autorité du préfet de département peuvent ainsi intervenir dans des perspectives régulées par les collectivités locales.

Il convient à présent de rappeler l'ensemble de définition de la notion de position à laquelle il est fait référence depuis le début de la thèse. L'accession à la position est pour le médecin élu le résultat de processus de reconnaissance émanant des acteurs du cadre d'expérience politique : électeurs en situation de vote, élus désignant leurs collègues pour occuper ces positions au sein des institutions publiques. À chaque position est associée une perspective à laquelle l'élu peut s'adosser en interprétant ce qui lui est donné à voir. Il peut ainsi observer l'environnement économique et social d'où il vient et le cadre d'expérience politique où il est amené à travailler. Chaque position est un lieu d'où peut se développer un agir actualisé à travers un ensemble de rôles mesuré individuellement par la compétence. L'occupation répétée de la même position ou celle de plusieurs positions structure la compétence de l'élu.

Sur la base de ces propositions, nous montrerons que si les médecins ont de façon régulière et permanente accès aux positions électorales, les perspectives auxquelles ils ont accès changent en fonction de la variabilité des contextes d'expression du cadre d'expérience politique local.

Dans ces conditions, ils doivent s'adapter à l'évolution de la compétence d'élu liée à la complexification de l'agir public local.

Dans un premier point, nous montrerons que la stabilité des positions électives occupées par les médecins dans les Conseils généraux et les mairies s'accompagne de changements significatifs des perspectives offertes par ces positions.

Dans un second point, ces changements de perspectives seront associés aux transformations qui touchent la compétence des élus locaux dans la mise en œuvre de l'agir public local.

1 POSITIONS ET PERSPECTIVES DANS L'AGIR PUBLIC LOCAL

Les positions institutionnelles des médecins dans l'agir public local sont d'abord à étudier en tant qu'elles constituent des entrées dans ce cadre d'expérience. Pour la simplicité de notre analyse le cadre départemental et le cadre communal seront distingués. Qu'entendons-nous signifier par « entrées » dans un cadre d'expérience ? Il convient de sérier plusieurs questions. En se plaçant du point de vue de celui qui accède à une position institutionnelle, il est possible qu'il y ait une part d'intentionnalité personnelle dans l'accession à une position. Un conseiller général choisit de participer au travail d'une commission en fonction de critères personnels. Un adjoint préfère telle délégation plutôt que telle autre. Il nous appartient de retrouver les variables permettant de comprendre ces choix.

Mais entrer dans une position signifie aussi s'inscrire dans la perspective qui lui est associée. Plusieurs lignes composent cette perspective. La première concerne le caractère spécialisé de la position occupée. Que ce soit dans une municipalité ou au Conseil général, l' élu local va s'intéresser à un domaine particulier. En même temps, cette position est aussi un lieu d'observation de l'agir public général. L'accès à la position est une intériorisation de cette double perspective.

La seconde question porte sur la conception de la compétence que l' élu doit intérioriser par rapport au cadre d'expérience dans lequel il entre. Il se trouve alors devant deux exigences : concevoir sa compétence par rapport aux définitions institutionnelles qui en sont données par le cadre ; l'intérioriser par rapport aux interprétations que les autres acteurs produisent à propos de ces prescriptions normatives, en clair : comment se réalisent les ajustements pratiques entre les élus ? Ceci implique de ne pas dissocier ce que l' élu intériorise de sa position des variations du cadre d'expérience politique local.

Parmi les médecins élus locaux, certains cumulent des mandats et connaissent des trajectoires électives relativement longues tout en investissant des secteurs différenciés de l'agir public local. Quels sont les effets de ces processus sur la compétence des élus et la perspective qu'ils peuvent avoir sur l'agir public local ?

Si, à présent, nous considérons la position d'un élu comme le résultat d'une désignation par les autres élus, que pouvons-nous observer ? La différenciation des positions ne résulte-t-elle pas de la situation de l' élu dans une échelle de reconnaissance au moment où il est désigné ? Il faut alors identifier les propriétés des contextes dans lesquels s'effectue cette reconnaissance.

Cette interprétation peut aussi être appliquée à la compétence de maire eu égard à la définition institutionnelle de ses prérogatives¹. La position de maire induit une perspective sur les différentes composantes de l'administration municipale.

Il existe selon nous des positions qui donnent un accès plus rapide à cette compétence parce qu'elles placent l' élu médecin directement dans une perspective globale de l' agir public local. Cependant nous formulons l' hypothèse supplémentaire que le cumul des positions dans des secteurs spécialisés contribue aussi à la formation d' une compétence générale.

Les propos tenus par certains élus locaux médecins expriment leur intériorisation de la compétence d' élu.

1.1 Les positions dans les Conseils généraux

Avant d' analyser la diversité des positions occupées par les conseillers généraux médecins nous précisons les conditions de stabilité de notre lecture en formulant les propositions suivantes. La position de conseiller général donne une perspective sur l' agir individuel et collectif développé à partir de l' institution départementale. Elle est obtenue par la reconnaissance des acteurs de ce cadre d' expérience. La compétence de celui qui l' occupe se forme par la sédimentation des perspectives et la participation à l' agir collectif. Sur l' ensemble de la période, les médecins élus départementaux accèdent à des positions diversifiées.

1.1.1 L' accession à la position et les variations du cadre d' expérience départemental

L' accès à la position de conseiller général ouvre une perspective sur un cadre d' expérience départemental dont l' évolution a été marquée par deux ensembles de facteurs : la bipolarisation partisane à partir des années 70, et la réforme de la décentralisation mise en place au milieu des années 80.

Durant la période qui se situe avant l' émergence de la bipolarisation, les identités partisans, au moment de l' élection comme dans le fonctionnement de l' institution départementale, sont moins affirmées chez certains médecins. Les accords entre des personnalités se réalisent sur des convergences idéologiques implicites, sur des oppositions à d' autres réseaux de

¹ Le guide du nouveau maire, *Maires de France* numéro hors série de juin 1995.

personnalités bref sur des facteurs qui laissent une marge de jeu aux alignements des individus. Dès que se met en place la bipolarisation droite / gauche, l'étiquette partisane devient le facteur déterminant pour la reconnaissance des identités au sein du Conseil général. Nous pourrions, par exemple, mesurer cela pour l'accès aux présidences de commission.

En accédant à un mandat de conseiller général au cours de la période qui nous intéresse le médecin découvre un cadre d'expérience dont les prescriptions institutionnelles sont reformulées par la réforme de la décentralisation. Les trajectoires de certains médecins commencent avant cette réforme et se terminent quelques années après.

Avant la décentralisation, le conseiller général par sa position a une connaissance des rouages d'une administration déconcentrée et des réseaux qui entourent le pouvoir préfectoral. Il représente au Conseil général les intérêts de son canton qu'il doit défendre en se positionnant par rapport à ces réseaux et ce pouvoir². Nous retrouvons ici l'importance des facteurs personnels que nous avons évoqués plus haut.

En même temps, la décentralisation induit « une régulation par les contraintes qui conduit en responsabilisant les élus, à faire pression sur eux afin qu'ils adoptent une autre rationalité »³. Devenant responsables du budget et d'un certain nombre de services administratifs, les conseillers généraux détiennent la signature politique de l'agir public départemental. L'entrée dans le cadre d'expérience induit un positionnement à deux niveaux : positionnement dans le clivage majorité / opposition du département ; positionnement par rapport à l'exécutif départemental qui apparaîtra de plus en plus nécessaire lorsque se dessinera une ligne de séparation dans les instances départementales entre ceux qui sont proches du Président du Conseil général, et constituent son équipe dirigeante, et ceux qui restent à la périphérie semblant « en dehors des contraintes de la gestion globale »⁴.

1.1.2 Une participation diversifiée aux commissions du Conseil général

L'entrée au Conseil général ne s'effectue pas toujours par la commission qui prend en charge les affaires sanitaires et sociales. L'implication dans les travaux d'une commission résulte d'une combinaison de choix personnels et d'organisation interne au Conseil général. D'un côté il peut y avoir le goût des élus pour certains domaines de compétence ou leur volonté

² On se retrouve ici dans la perspective du Pouvoir périphérique de Pierre Grémion et celle du Sacre des notables de Jacques Rondin.

³ J-C. Guyot, F. Vedelago, *Les élus et le social en Aquitaine, op. cit.*, p. 35.

⁴ *Ibidem*.

d'être présents dans un secteur qu'ils jugent important pour leur canton, de l'autre, l'organisation interne du Conseil général peut appeler une représentation équilibrée des cantons dans chacune des commissions.

Ainsi lorsque le docteur A, chirurgien n'exerçant que le seul mandat de conseiller général, entre au Conseil général du Lot-et-Garonne en 1970, il devient membre de la commission « Transports, Construction, Tourisme » dont il assurera la présidence de 1976 à 1982. Il n'a jamais été membre de la commission Administration générale et œuvres sociales puisqu'en 1982, il prend la présidence de la commission « Economie ».

Dans une trajectoire comparable, nous pourrions évoquer celle du docteur D, maire de Pessac (33) (1959 - 1977 et 1983 - 1989), ancien député, qui de 1964 à 1976 a toujours été membre d'une commission technique ou financière du Conseil général de la Gironde : Construction, urbanisme et tourisme, Finances et bâtiments départementaux. C'est seulement en 1982 qu'il deviendra membre de la commission des Affaires sanitaires et sociales jusqu'en 1985 où il retrouve les commissions « Finances et plan », « Transports ».

Dans les Landes, le docteur H, cardiologue élu sur le canton de Sore (40) de 1970 à 1988, est entré au Conseil général par le secteur sanitaire et social de 70 à 76 mais il s'est consacré par la suite à des secteurs différents : Affaires économiques et sociales, commission réglementaire, travaux publics transports. Le docteur Barrère, médecin généraliste élu sur le canton de Soustons (40) de 1970 à 1982, s'est impliqué de façon un peu analogue dans le secteur Travaux publics et transports.

Dans l'organisation du travail départemental, les médecins comme tous les autres élus peuvent appartenir à plusieurs commissions au cours de leur trajectoire d'élus. Chez certains, l'implication dans la commission où se discutent les questions sanitaires et sociales apparaît moins importante que chez d'autres si nous étudions cette trajectoire dans sa continuité. Ainsi, le docteur G, élu sur le canton de Saint-Savin (33), de 1968 à 1988, s'est impliqué dans plusieurs domaines : commerce, industrie, expansion économique, travail ; Agriculture, instruction publique, beaux-arts ; Finances et bâtiments départementaux. En comparaison, il a participé à la commission en charge des affaires sanitaires et sociales de 1979 à 1985 (secrétaire de 79 à 82). Il peut aussi y avoir un phénomène de spécialisation dans un domaine particulier que l'on peut mesurer à la position au sein même de la commission. Par exemple, le docteur G est devenu secrétaire (1976) puis vice-président (1979) de la commission « Expansion économique, travail » après en avoir été membre de 1970 à 1976.

Le choix de la commission peut aussi être lié à la volonté de l' élu d'obtenir une position dans un secteur dont il considère qu' il est important pour son canton

Nous allons illustrer cette proposition au moyen de quelques exemples.

Le docteur L conseiller général de Langon de 1964 à 1982 est membre de la commission comprenant le secteur des transports et des communications de 1964 à 1979. Or on sait que Langon est un nœud ferroviaire et routier important.

Le docteur D jusqu' en 1979 et le docteur N, tous deux élus sur des cantons du Médoc, ont été, à plusieurs reprises, membres de la commission comprenant le secteur du tourisme. Le docteur F, élu sur le canton d'Arcachon après avoir été maire de cette ville a été dans le même cas en 76 et 85. Avant lui le docteur I, élu sur le canton de La Teste était membre d' une commission incluant le tourisme.

Le docteur P, élu sur le canton viticole de Lesparre (33), a été, de 1982 à 1992, membre de la commission chargée des questions d' aménagement rural.

Le docteur L, élu sur le canton de Villandraut, situé dans les Landes girondines, a fait partie de la commission comprenant le secteur forestier.

Cette participation peut aussi résulter des goûts personnels des médecins ou de leurs engagements sociaux antérieurs. On pense ici à deux médecins élus au Conseil général de la Gironde qui ont manifesté un intérêt particulier pour le secteur de la culture. Avant de devenir maire et conseiller général de Sainte-Foy-La-grande, le docteur M s' était montré actif dans la vie culturelle de sa cité. Il faut signaler que ce domaine qui ne représente pas une part budgétaire importante est celui qui a peut être la signalisation symbolique la plus évidente. Après la décentralisation, l' opération « L' été girondin » apporte des financements aux communes qui souhaitent engager des opérations dans ce secteur. Son objet principal est d' encourager les initiatives locales en matière d' animation.

La structuration de la compétence par l'occupation des positions

La structuration de la compétence qui apparaît à travers ces différentes trajectoires revêt deux formes. Elle peut s' exprimer à travers un processus de spécialisation partielle et par une accession à la généralité résultant du cumul des perspectives spécialisées.

Une tendance à la spécialisation

Le docteur M, conseiller général de Tournon (47), est membre de la commission Transports, travaux publics, tourisme entre 1970 et 1982. De 82 à 88, il participe à la commission Administration générale et œuvres sociales. On a évoqué plus haut les cas du docteur A et du

docteur L, conseillers généraux du Lot-et-Garonne, qui ont appartenu à deux commissions différentes en 18 ans mais avec des postes de président.

Le docteur F, conseiller général de Puymirol (47), a été membre de la commission administration générale et œuvres sociales de 1970 à 1988 (sauf de 79 à 82) avec des positions variables : secrétaire (1973 et 1985), vice-président (1976), ou président (1982). Il est difficile de savoir si cette continuité est liée à la composante « administration générale » ou « œuvres sociales ».

La diversification des participations comme mode d'intériorisation d'une compétence générale

En observant la trajectoire des élus les plus anciens des différents Conseils généraux on peut déceler chez certains une volonté de diversification qui peut structurer une compétence généraliste. Pour illustrer notre analyse nous pouvons reprendre l'itinéraire des conseillers généraux médecins qui ont connu une certaine longévité.

Le docteur G, élu sur le canton de Saint-Savin (33) de 1970 à 1988, outre la commission mentionnée plus haut, a travaillé dans plusieurs commissions : Agriculture, Instruction publique, Beaux-arts (70 à 79), Affaires sanitaires et sociales, Travail, Personnel départemental (79 à 85), Personnel et protection civile, Bâtiments départementaux (85 à 88). Ce qui fait un total de 5.

L'intériorisation de cette compétence dans les discours d'élus médecins

L'intériorisation de cette compétence par les élus s'exprime aussi dans les discours qu'ils construisent à l'intention de leurs électeurs. Ils la revendiquent en l'associant au deuxième versant de leur mandat, celui qui consiste à représenter les intérêts de leur canton. Nous gardons en mémoire que nous avons abordé ici la compétence d'élus en tant qu'elle est la manifestation des médecins dans l'agir public local, mais il est évident que cette compétence d'élus est aussi celle d'individus appartenant à des structures partisanes et que cela peut transparaître, notamment lors des campagnes électorales. Sur la base d'une réflexion sur les communiqués de presse proposés par les candidats nous avons discerné plusieurs registres à travers lesquels les médecins expriment la compétence mise en avant par les élus non médecins.

Le premier est celui par lequel le médecin candidat fait état des différentes compétences du Conseil général. Il ne se place plus alors du seul point de vue de la mise en évidence du secteur

particulier de l'action sanitaire et sociale. À partir de là, des médecins peuvent inscrire leur demande de légitimation dans des registres évoquant l'action publique.

Ils font état de leur sensibilisation à des enjeux locaux suivant une logique de défense des intérêts. Comme nous l'avons indiqué dans le chapitre 3 la compétence de conseiller général, se répartit entre la défense de l'intérêt du canton qu'il représente et sa participation au fonctionnement de l'institution départementale. Cette approche un peu formelle a peut-être évolué après la décentralisation dans la mesure où les conseillers généraux ont la responsabilité des affaires du département. Il n'en demeure pas moins que le registre cantonaliste reste toujours prégnant dans les représentations que les conseillers généraux se font de leur compétence. Le changement qui se construit après la décentralisation porte sur le lieu de pouvoir vis-à-vis duquel les conseillers généraux doivent se positionner. Si avant la décentralisation, il convenait de s'inscrire dans le cercle des notables du préfet⁵, après, c'est autour du président du Conseil général que se situent les prises de décision.

Pour défendre les intérêts du canton ou de la ville comme le souligne le docteur Grondeau : « En 1982, être candidat au Conseil général dans un canton de Bordeaux a un triple sens : C'est d'abord défendre Bordeaux, c'est-à-dire faire en sorte que soient pris en considération les dossiers présentés par notre ville »⁶ et le docteur Roquain : « Habitants du 5^{ème} canton, vous m'avez élu et réélu pour : représenter les intérêts du 5^{ème} canton... »⁷

Lors d'une élection dans un canton rural, un médecin candidat choisit de se présenter en défenseur des intérêts agricoles⁸ ou d'insister sur les problèmes d'adduction d'eau sachant que cette question est cruciale pour le département⁹.

Ils peuvent aussi afficher leur souci de défendre des secteurs de la population, en proposant de « rechercher avec les commerçants et les artisans les moyens de défendre leur profession » dans un canton urbain¹⁰. Mais cela peut aussi être le cas dans un canton rural comme l'atteste la présentation favorable au docteur Queyroi¹¹ : « Au sein de la commission des finances dont il fait partie, il s'attache à défendre avec clairvoyance et honnêteté les agriculteurs, les commerçants et artisans de nos campagnes qu'il connaît bien, car en raison de son métier, il est en rapport constant avec eux. »

⁵ Par référence à l'ouvrage de Jacques Rondin, *Le préfet et ses notables*.

⁶ Docteur Roquain, candidature 1^{er} canton de Bordeaux 1982, *Sud Ouest*, 33, 8 mars 1982.

⁷ Docteur Grondeau, candidature Bordeaux 5^e canton, 1970, *Sud Ouest*, 33, 6 mars 1970.

⁸ Docteur Faure, cantonale de Puymirol, 1970, *Sud Ouest*, 47, 3 mars 1970, docteur Lançon, cantonale de Brantôme, *Sud Ouest*, 24, 31 mai 1961, la profession de foi du docteur Moulinier *Sud Ouest*, 24, 31 mai 1961.

⁹ Docteur Clément-Colas, cantonale de 1970, et celui de G. Bonnet du 6 mars 1970, pour mesurer l'importance de l'enjeu.

¹⁰ Docteur Grondeau, cantonale Bordeaux 5^e, 1970, *Sud Ouest*, 33, 3 mars 1970.

¹¹ *Sud Ouest*, 24, 1^{er} juin 1961.

Les discours sont aussi centrés sur la qualification de l'agir public local que ce soit en terme de bilan ou de projet.

En présentant un descriptif des mesures réalisées sur le plan local dans un grand nombre de secteurs¹².

« Vous savez ce que nous avons déjà fait à Pessac pour l'emploi en créant un parc industriel de 55 entreprises »¹³.

Ou en insistant sur ce qui doit être fait : « C'est en pensant à cet avenir, à tout ce qui reste à faire sur Caudéran pour ses jeunes sans emploi, pour ses anciens, pour ses groupements d'entraide sans local...pour son assainissement inachevé et son urbanisme désordonné, que j'ai accepté de remonter en ligne. »¹⁴

Il se peut également que l'agir local soit replacé dans un cadre formé par le recours à des thématiques plus proches de la perspective nationale. Les emprunts aux thématiques de la politique nationale se traduisent de différentes façons.

Ainsi le candidat met l'accent sur le développement économique et social¹⁵, les actions locales contre le chômage¹⁶ ou sur le développement économique par une action sur les infrastructures¹⁷. Ces exemples traduisent un positionnement rhétorique tendant à présenter l'élu comme un être capable d'élever son regard au-delà de l'horizon politique immédiat tout en se montrant soucieux des réalités locales. C'est une façon de se distinguer des autres élus.

Parfois cette distanciation des enjeux locaux se double de la volonté de réactiver la dimension partisane de l'élection locale¹⁸, dans le sens d'une rupture en appelant à « voter contre une politique démesurée de grandeur illusoire... »¹⁹ ou dans celui de la continuité en considérant que les élections cantonales seront « le moyen pour la majorité de faire passer le changement au niveau local »²⁰.

Plus simplement, l'intériorisation de la compétence d'élu transparaît dans les propos d'un candidat démontrant qu'il a conscience d'avoir accumulé une compétence grâce à l'exercice de ses positions antérieures : « Mon expérience municipale et mes responsabilités

¹² Docteur Dalbos, candidature cantonale de Pessac, 1970, *Sud Ouest*, 33, 5 mars 1970.

¹³ Docteur Dalbos, candidat sur Pessac, 1985, *Sud Ouest*, 33, 5 mars 1985.

¹⁴ Docteur Dalbos, candidature sur le 8^{ème} canton de Bordeaux, *Sud Ouest*, 33, 15 mars 1979.

¹⁵ Docteur Ropars, cantonale de Tonneins, 1967, *Sud Ouest*, 47, Docteur Lapoujade, *Sud Ouest*, 47, 12 et 15 septembre 1973.

¹⁶ Docteur Lapoujade *Sud Ouest*, 47, 14 mars 1979.

¹⁷ Docteur Esquirol, *Sud Ouest*, 47, 12 septembre 1973.

¹⁸ Profession de foi du docteur Teyssier, canton de Casteljaloux, 1976, *Sud Ouest*, 47, 4 mars 1976.

¹⁹ Docteur R-G Julien, candidature Bordeaux 5^{ème}, 1964, *Sud Ouest*, 33, 6 mars 1964.

²⁰ Docteur Jault, candidature Bordeaux 7^{ème} canton, 1982, *Sud Ouest*, 33, 8 mars 1982.

intercommunales, sont à ce titre garants des connaissances et des moyens que j'ai pu acquérir en la matière. »²¹

1.1.3 Les positions résultent d'une reconnaissance des partenaires institutionnels

Les exemples du Lot-et-Garonne et des Landes montrent que le facteur professionnel s'efface par rapport au contexte partisan pour la répartition des postes de direction à la tête du Conseil général. La reconnaissance de la compétence professionnelle dans un univers d'élus se relativise par rapport aux propriétés du système d'interaction que constitue la vie interne d'un Conseil général.

Les postes de vice-présidence d'un Conseil général doivent donc être analysés d'un double point de vue : celui qui met en valeur le fait que la désignation pour ces positions est la conséquence de l'acceptation de la personnalité par les divers espaces de reconnaissance de cette institution ; celui qui permet de concevoir chacune de ces positions comme un lieu à partir duquel l'individu désigné exprime une compétence correspondant à celle que ses collègues attendent de lui tout en sachant que l'agir qu'il met en œuvre dépend aussi de l'interprétation qu'il fait de sa position. De plus, la compétence associée à ces positions varie avec l'évolution institutionnelle car celle-ci modifie les prescriptions des rôles associés à ces positions. Plus exactement, il nous semble que des lectures demeurent pertinentes dans les deux périodes. Ainsi, la proximité du pouvoir décisionnel est une exigence valable avant comme après. Avant, elle se joue autour du pouvoir préfectoral. Après, elle se construit progressivement par rapport à l'émergence d'un exécutif départemental constitué autour du président. C'est ainsi que l'on pourra distinguer les élus du centre de ceux de la périphérie, sans que pour autant cette distinction recoupe le clivage majorité / opposition. « Ce n'est pas tant l'appartenance à une majorité politique qui compte mais la position au sein du système politique proche ou éloignée du centre de décision (appartenance ou non au bureau du conseil Général) »²².

²¹ Docteur Calès, *Sud Ouest*, 40, 7 mars 1979.

²² J-C. Guyot, *Les élus et le social en Aquitaine, op. cit.*, p. 122.

Ainsi le docteur D était vice-président du Conseil général en 1982, dans une institution dirigée par la gauche parce que tout en étant classé à droite, il demeurait un opposant au courant chabaniste.

1.1.3.1 La présence dans l'exécutif départemental : présidence, vice-présidence, bureau

Les médecins ayant assuré ou assurant une présidence de Conseil général sont assez rares. Nous avons déjà remarqué que les médecins occupent 10 % des présidences de Conseils généraux en 1994. Pour ce qui est des départements d'Aquitaine, trois personnalités peuvent être signalées : le docteur Toussaint dans le Lot-et-Garonne, le professeur Bioulac en Dordogne, le docteur Grenet dans les Pyrénées-Atlantiques.

Avant la décentralisation, c'est le préfet qui prépare et exécute le budget départemental. Le président du Conseil général est à la fois son premier collaborateur et en même temps celui qui incarne la représentation politique. La complexité de ce système d'interaction a été présentée sous son angle relationnel²³, et en terme de système politique local²⁴.

Après la décentralisation, se dessine un mouvement progressif de concentration du pouvoir autour du président du Conseil général. L'exécutif départemental se décline en une équipe de collaborateurs élus et d'administrateurs qui crée une première dichotomie entre ceux qui sont plus ou moins impliqués et ceux qui ne le sont pas. Ce phénomène est perceptible en Dordogne lorsqu'en 1989, le professeur Bioulac réorganise l'exécutif départemental en créant dix postes de vice-président, chacun ayant la charge d'un secteur particulier : nous trouvons, par exemple, le docteur Cazeau à l'administration générale et le docteur Queyroi aux affaires sanitaires et sociales. Pour le professeur Bioulac cette organisation fait correspondre la composition de l'exécutif départemental à sa majorité.

Pour le docteur Grenet, dans les Pyrénées-Atlantiques, le contexte est un peu différent. La composition de son équipe de proches collaborateurs doit tenir compte du rapport de forces au sein de la droite locale. Situation ancienne comme nous avons pu le voir dans les chapitres précédents. Celle du Docteur Grenet dans les Pyrénées-Atlantiques doit être située dans le contexte de concurrence permanente entre le courant gaulliste et la tendance « radicale-centriste » au sein du bloc « conservateur ». Peut-être que les échecs successifs du docteur

²³ On pense ici à l'ouvrage de Jacques Rondin *Le sacre des notables*.

²⁴ *Le pouvoir périphérique* de Pierre Grémion.

Grenet à la députation l'on incité à polariser son itinéraire sur les mandats locaux de maire de Bayonne et de conseiller général.

Bureau et vice-présidences du Conseil général

L'occupation des vice-présidences des Conseils généraux par des médecins sera analysée sur la base de plusieurs critères.

Le premier est celui de la reconnaissance qu'exprime l'accession à la position. Obtenir un poste de vice-président lors de son entrée au Conseil général peut être un indicateur de cette reconnaissance. Cela signifie que le médecin est reconnu pour sa compétence et pour son insertion dans le cadre politique départemental. Or, il est très rare que ce soit le cas pour les conseillers généraux médecins comme pour la plupart de leurs collègues. Pour une très grande majorité des trajectoires étudiées, les conseillers généraux médecins accèdent à une vice-présidence du Conseil général après avoir effectué au moins un mandat. C'est bien la reconnaissance produite par les acteurs du cadre d'expérience politique qui est déterminante plus que l'identité professionnelle du médecin. Les exemples des docteurs A, F et L, conseillers généraux du Lot-et-Garonne, confirment cette interprétation. Les deux premiers accèdent au Conseil général en 1970 et n'occupent une vice-présidence qu'en 1976 pour le docteur A et 1982 pour le docteur F. Ce dernier avait obtenu un poste de questeur en 1973. Faut-il considérer que par son statut de chirurgien le docteur A a eu un avantage initial ? C'est une possibilité. L'itinéraire du docteur L est comparable puisqu'il a été élu pour la première fois en 1973 et qu'il obtient sa première vice-présidence en 1979. Mais il ne faut pas négliger le fait que ce médecin représente un courant partisan spécifique, le CNIP, et que sa position au sein du Conseil général du Lot-et-Garonne découle de la reconnaissance de ce courant par les autres élus. Ces médecins ont connu une longévité institutionnelle avant et après la décentralisation en occupant des vice-présidences jusqu'en 1988.

Pour les autres départements d'Aquitaine des exemples comparables peuvent être cités : les docteurs Queyroi en Dordogne, Lamothe dans les Landes, Buffet en Gironde.

Le deuxième critère est celui de l'appartenance au courant dominant l'institution départementale. C'est un point délicat car suivant les contextes cette appartenance ne s'exprime pas de la même façon. Tout au long de la période antérieure à la bipolarisation, les majorités départementales se constituent autant sur des réseaux d'affinités personnelles que sur des alliances partisans. En Dordogne, par exemple, les réseaux radicaux et radicaux-socialistes se forment autour des personnalités que sont M.M Laforest, Bonnet et Lacoste. La présence des docteurs P et R-L aux postes de vice-président est le fruit de leur affiliation à ces

réseaux. Elle est parfois le résultat d'un compromis entre les différents leaders qui peuvent plus facilement s'entendre sur la personnalité d'un médecin comme le docteur Quey.. qui devient membre du bureau, en tant que secrétaire, à partir de 1973 alors qu'il était élu depuis 1958.

Avec la bipolarisation, l'appartenance partisane devient un critère plus déterminant. Cela se lit de différentes façons.

Une observation comparative des départements des Landes et du Lot-et-Garonne permet de relever des éléments de convergence et de différenciation.

L'exemple du Lot-et-Garonne entre 1976 et 1988

En 1976, il y a 8 médecins pour 39 conseillers généraux.

Le bureau est composé de 6 membres dont deux médecins : J. Aulong (vice-président), M. Faure (questeur).

En 79, sur quatre vice-présidents, il y a 2 médecins : J. Aulong et P. Lapoujade. Sur quatre secrétaires, 2 médecins : Faure et Mauvezin.

En 82, il y a 10 médecins sur 39 conseillers généraux. Sur 8 vice-présidents, on compte 3 médecins : Lapoujade, Aulong, Faure.

En 85, il y a 11 médecins (en activité ou retraité) pour 40 conseillers généraux. 4 Médecins pour 7 vice-présidences : Aulong, Brunet, Faure, Lapoujade.

Cette forte présence des médecins lot-et-Garonnais dans les instances dirigeantes du département est exprimée par le fait que leur taux de présence dans ces lieux est plus élevé que celui de l'ensemble des médecins dans le Conseil général. On peut comprendre cela en rappelant que tous les médecins occupant ces positions sont membres de la majorité départementale. De surcroît, ils appartiennent à des sensibilités partisans distinctes et concurrentes: Gaullisme pour les docteurs Faure et Aulong, CNIP pour le docteur P. Lapoujade, les docteurs Esquirol et Chollet incarnant le courant (M.R.P, radicalisme, UDF) représenté par J. François-Poncet. La répartition des présidences correspond à une régulation dans la compétition interne entre des personnalités et des tendances partisans.

L'exemple du département des Landes

Une comparaison peut être établie avec le département des Landes où la proportion de médecins dans l'institution départementale est assez proche (7 sur 30 en 1976, 10 sur 30 en 79 et 7 sur 30 en 82), pourtant les membres de cette profession sont très peu présents dans les instances dirigeantes. Entre 1976 et 1985, seul le docteur Lamothe est membre de la

commission départementale (79) et vice-président en 1982. Le docteur Labeyrie est membre du bureau en 1982 et 1985. Deux interprétations sont possibles. Les médecins conseillers généraux ne sont pas dans la majorité départementale, mis à part les docteurs cités, plus les docteurs Blanquié et Dutin. Ils n'occupent pas une position relative suffisamment significative pour être désignés par les dirigeants des instances partisans qui monopolisent le pouvoir.

Les exemples que nous venons de mentionner nous permettent de penser que les positions reconnues aux médecins conseillers généraux dépendent des mécanismes de régulation interne de l'institution départementale. Par conséquent, la compétence de ces médecins est aussi une capacité d'adaptation à ces mécanismes et elle se mesure dans la continuité des trajectoires. Ce point se vérifie en observant l'accession aux présidences et vice-présidences des commissions.

1.1.3.2 Présidence et vice-présidence des commissions

L'accession aux positions de présidence et de vice-présidence des commissions est une reconnaissance de l'insertion des médecins dans le cadre d'expérience politique départemental. La compétence reconnue est tout autant une connaissance spécialisée ou générale de l'administration départementale qu'une capacité à s'ajuster aux processus de régulation partisane à l'intérieur de l'institution.

Le cas particulier de la commission des finances

Pour bien saisir l'importance de la commission des finances au sein du Conseil général, il faut apporter un certain nombre de précisions.

Jusqu'à la réforme de décentralisation, c'est le préfet qui prépare le budget sur la base des avis de la commission des finances. En d'autres termes, l' élu qui appartient à cette commission a la possibilité d'accéder au processus de préparation du budget tout en restant au contact de celui qui en assume le pouvoir décisionnel. L'occupation d'une vice-présidence, et mieux encore d'une présidence, est une indication sur la position d'un médecin dans l'institution.

Après le transfert des compétences, ce sont les élus qui ont en charge les opérations inhérentes à la gestion budgétaire du département. Ce sont eux qui décident pour les participations de cette institution aux investissements. Que ce soit pour la rénovation d'un hospice ou la modernisation d'un service hospitalier, la répartition des fonds se fait sur la base d'une

négociation entre élus. L'appartenance à cette commission est aussi un signe d'implication dans le réseau qui entoure le président du Conseil général. Dans certains départements, un représentant de la commission des finances participe à ce titre aux travaux des autres commissions.

La compétence d'élu s'enrichit donc par l'apprentissage des techniques budgétaires mais également par l'intériorisation d'une perspective centrale dans le fonctionnement de l'institution. Elle se nourrit également de ce travail de négociation permanent pour obtenir tel ou tel avantage pour un canton.

C'est la commission des finances qui décide des participations du département aux différents projets d'investissement ou aux interventions de fonctionnement.

Par exemple dans l'intervention du docteur Grenet que nous avons évoquée dans le chapitre 3, celui-ci fait un constat sur une question du domaine sanitaire et social à partir de sa position de Président du Conseil général et dans le cadre du projet budgétaire de l'année suivante.

Une position au sein de la commission des finances d'un département ouvre, dans des contextes différents, la même perspective sur la politique de l'institution départementale dans la mesure où les orientations de cette politique renvoient le plus souvent à des questions de financement.

D'après l'enquête que nous avons réalisée sur la composition des commissions des finances dans les différents départements, quand les documents étaient disponibles, nous déduisons que les positions occupées par les médecins sont très variables.

Ainsi en Dordogne en 1970, la commission des finances est la plus nombreuse. En son sein, se trouvent tous les leaders politiques de la Dordogne : Lacoste, Bonnet, Guéna, Laforest, mais aussi 6 médecins, Pascaud, Magimel-Pelonnier, Leclaire, Lançon, Rey-Lescure, Clément – Colas. La forte présence de ces médecins atteste de la reconnaissance dont ils font l'objet de la part des autres acteurs institutionnels. Pourtant, un doute est possible quand on sait que les affaires sanitaires et sociales font aussi partie de cette commission.

Pour les trois années suivantes, leur proportion est moins importante.

En 1973, il y a 16 membres dont 3 médecins, Clément-Colas, Pascaud et Magimel-Pelonnier.

En 1976, sur 15 membres, un seul médecin fait partie de cette commission, le docteur Clément-Colas.

En 1979, la commission des finances comprend les affaires sanitaires et sociales et le personnel départemental, on trouve 1 médecin pour 13 membres.

En 1988, dans la 1^{ère} commission « Finances, budget, administration générale », on ne relève aucun médecin mais le docteur Cazeau est Vice-président du Conseil général, chargé de l'administration générale.

Gironde

De 1964 à 1979, le docteur Dartigues (Castelnau, 33) est membre de la commission des finances, comme secrétaire puis vice-président entre 1976 et 1979.

En 1979, aucun médecin n'est membre de la commission Finances, bâtiments départementaux, affaires économiques.

En 82, les docteurs Guirriec et Jault sont membres de cette commission, le docteur Prévot en est le secrétaire.

En 85, les docteurs Fleury, Prévot et Dalbos sont membres de la commission Finances et Plan.

Landes

1976, le docteur Fournier est président de la commission Affaires Financières, les docteurs Blanquié et Mirtin en sont membres.

1979, les membres de la même commission sont les docteurs Labeyrie, Blanquié, et Mirtin.

Lot-et-Garonne

Dans le Lot-et-Garonne, nous retrouvons la tendance que nous avons décelée précédemment. Les médecins sont très présents dans cette instance parce qu'ils sont pour la plupart membres de la majorité départementale.

En 64, 67, 70 il n'y a pas de médecin à la commission des finances.

En 73, 76 et 79, le docteur Esquirol est le vice-président de cette commission alors qu'il est maire d'Agen depuis 1971. En 1982, 85 et 88, les docteurs Chollet, Mauvezin sont vice-présidents de la commission, le docteur Teyssier (PS) en est membre depuis 79.

Pyrénées-Atlantiques

En 65, les docteurs Maton et Lernout sont vice-présidents de la commission des finances, mais leurs confrères Ebrard, Grenet, et Labèguerie y siègent en tant que parlementaires.

La particularité de certaines commissions pour l'accès à la perspective générale qu'elles peuvent faciliter.

Nous avons pris pour exemple celui de la commission Administration générale parce qu'elle donne lieu à des débats portant sur des questions ayant des ramifications avec les autres secteurs, et qu'elle englobe celui du personnel et des affaires sanitaires et sociales. Elle constitue un point stratégique pour l'observation de la politique menée par le Conseil général. Le docteur Grondeau, en Gironde, a toujours été membre de cette commission. Dans le dispositif départemental, il est à cette époque le représentant officieux de J. Chaban-Delmas et doit être en mesure de l'informer sur ce qui se passe dans cette enceinte dont le maire de Bordeaux ne fait pas partie.

Il faut aussi rappeler que les secteurs de l'action sociale, plus souvent appelé action sanitaire et sociale, et du personnel sont ceux qui ont des relations singulières avec la politique de l'institution départementale après la décentralisation du fait qu'ils mobilisent la majorité des moyens matériels et humains. L'occupation d'une présidence ou d'une vice-présidence ouvre la possibilité d'une perspective sur l'agir public départemental.

La formation d'une compétence spécialisée.

Certains médecins, comme d'autres élus d'ailleurs, se spécialisent dans un domaine particulier dont ils obtiennent la direction après avoir été membre de la commission.

Le docteur Aulong, élu pour la 1^{ère} fois en 1970, devient Président de la commission Transports, construction, travaux publics et tourisme en 1976, après avoir été membre de cette commission de 1970 à 1976. Il occupera ce poste jusqu'en 1982. À partir là, il sera Président de la commission Economie.

Le docteur Lapoujade, élu pour la 1^{ère} fois en 1973, devient président de la commission Administration générale et œuvres sociales à partir de 1976, présidence qu'il conservera jusqu'en 1982. Il devient alors président de la commission Education, culture et sports, poste qu'il occupait encore en 1988.

À l'inverse, notons que dans le Lot-et-Garonne, aucun médecin ne figure dans la commission chargée de l'agriculture entre 1973 et 1988 alors que certains d'entre eux sont élus de cantons ruraux.

Les positions électives par les médecins conseillers généraux ne se distinguent pas de celles des autres élus. Elles sont le produit des processus de reconnaissance propres aux différentes actualisations de ce cadre d'expérience politique. Les perspectives auxquelles elles permettent d'accéder varient suivant les changements intervenus dans ces contextes. Par exemple, il paraît insuffisant de dire à propos d'un conseiller général médecin ce qui était écrit pour le

docteur Dalbos en 1979 où on soulignait « qu'à la tête du Conseil général – comme vice-président – il a eu connaissance de tous les grands dossiers concernant en particulier les transports et l'assainissement dont nos quartiers ont tant besoin... »²⁵. Aujourd'hui, il ne s'agit plus seulement d'une position donnant une perspective mais de l'association d'une perspective et d'un agir.

1.2 Les positions dans les mairies

En nous référant aux résultats des élections municipales que nous avons pu étudier dans les cinq départements d'Aquitaine, nous remarquons que les élus municipaux médecins représentent une part infime des élus municipaux. En moyenne, les médecins représentent entre 1 et 2 % des conseillers municipaux et un pourcentage identique des maires. Ce n'est donc pas sur la dimension quantitative qu'une réflexion peut être développée. Si nous observons les sites d'élection, il n'y a pas d'élément de singularisation si ce n'est ce que nous avons déjà évoqué dans les chapitres 2 et 3 à propos du contexte hospitalier. Les médecins, qu'ils soient maires ou conseillers municipaux sont présents dans des communes de tailles différentes. Ils reproduisent les engagements de la plupart des élus. Cela nous permet de penser qu'ils se trouvent dans des actualisations différenciées de l'agir public local. La compétence associée à leur position se déduit de la spécificité de chacun de ces contextes. Pour étudier cette question nous établirons une première distinction entre les unités urbaines et les communes rurales. Plusieurs critères peuvent être proposés. Celui du mode de scrutin permet de distinguer les communes qui désignent leurs élus sur la base d'un scrutin de liste proportionnel sans panachage (3500 habitants et plus), et celles (-de 3500) qui restent sur le système appliqué antérieurement (liste, panachage, suffrages obtenus par chaque candidat). Il faut aussi tenir compte du statut de la commune dans son environnement. Est-ce un chef-lieu de canton ? Une commune concurrente du chef-lieu dans l'espace local ?

La taille de villes sur un critère démographique conduit à isoler celles qui ont une population supérieure à 20000 habitants parce qu'elles développent un ensemble de politiques publiques plus complexe.

²⁵ Communiqué du comité de soutien à la candidature du docteur Dalbos, *Sud Ouest*, 33, 16 mars 1979.

D'un côté, il n'est pas difficile d'évoquer les prescriptions institutionnelles telles qu'elles peuvent être présentées en terme de responsabilités vis-à-vis de la gestion des affaires communales²⁶. Ce caractère généraliste ne résulte pas seulement de cet aspect des choses. Il s'explique par le fait que les unités urbaines sont souvent impliquées, surtout depuis le début des années 80, dans la mise en œuvre localisée des politiques initiées à l'échelon national. Les élus ont donc à connaître un plus grand nombre de dispositions pour mener à bien leur mandat.

Pour les communes rurales et les petites villes, les perspectives associées aux positions de maire et d'adjoints semblent moins complexes en raison de la taille des espaces et du volume des moyens mis en œuvre. Mais là aussi il convient de rester prudent.

Il découle aussi du fait que le maire participe à la construction de l'intercommunalité en raison de l'engagement de sa commune au sein d'un SIVOM ou d'un SIVU. C'est aujourd'hui encore plus marqué avec le développement des structures intercommunales. La perspective généraliste vient donc de la diversité des champs d'intervention communale et de la possibilité de la situer dans un environnement plus large. D'autre part, nous avons déjà observé à propos du secteur sanitaire et social que la commune est en relation avec le département pour des secteurs comme celui des personnes âgées ou des politiques d'insertion.

1.2.1 La position de maire

Partir de la position de maire est assez délicat quand on connaît la diversité des situations locales. Pour intégrer cet aspect dans notre réflexion, nous considérerons que cette position offre une perspective sur le cadre d'expérience que constitue l'agir communal. Pour être reconnu efficace dans l'exercice de son mandat, le maire doit intégrer les différents contours de cette perspective. Or ce cadre n'est pas immuable, il se construit à partir de son histoire, de ses définitions institutionnelles, et des interprétations qui peuvent en être données par les différents acteurs.

Avant de développer notre réflexion sur la complexification de la perspective associée à la position de maire nous présenterons brièvement les sites communaux dans lesquels les médecins ont exercé le mandat de maire entre 1959 et 1989.

²⁶ Le guide du nouveau maire, *Maires de France* hors série, juin 1995.

1.2.1.1 Un aperçu quantitatif

Avant de présenter la diversité des perspectives associées à la position de maire nous indiquons dans le tableau ci-dessous la taille des communes où nous avons pu identifier le maire. Pour chacune des années, toutes les informations ne sont pas disponibles, nous précisons entre parenthèses le nombre de départements sur lequel porte notre étude. Le nombre de conseillers municipaux donne une idée de l'importance démographique de la commune. Nous introduirons une première limite à cette présentation. L'importance d'une commune, notamment en zone rurale, ne se réduit pas au volume de sa population. Dans un chef-lieu de canton ayant 13 (avant 83) ou 15 (après 83) conseillers municipaux, il existe un certain nombre de services publics qui peuvent amplifier son statut relativement à son environnement. Même si c'est souvent le cas, le médecin n'est pas toujours maire d'un chef-lieu de canton. Il exerce parfois son mandat dans une commune qui a une taille démographique et un dynamisme équivalents à ceux du chef-lieu de canton. Il arrive que se construise une concurrence implicite entre ces deux espaces qui se retrouve dans l'élection cantonale. Nous pensons, par exemple, à la dualité Brocas (docteur Lugardon) / Labrit (docteur Laulom) dans le canton dont la dernière est le chef-lieu. Nous verrons que nous pouvons retrouver un phénomène comparable dans les communes où un médecin conseiller municipal est aussi conseiller général.

	1959 (4)	1965 (4)	1971 (4)	1977 (3)	1983 (4)	1989 (4)
9/11 c.m.	11	11	5	8	6	8
13 c.m.	33	27	26	20		
15 c.m.					15	16
17 c.m.	5	9	11	5		
19 c.m.					6	4
21 c.m.	2	3	1	2		
23 c.m.	5	4	8	8	4	3
27 c.m.	3	4	2	2	6	6
29 c.m.					2	3
31 c.m.	1	1	1			
33 c.m.			2	1	1	
35 et + c.m.					3	4

1.2.1.2 Un éventail de perspectives

La pluralité des perspectives associées à la position de maire s'exprime à partir de plusieurs éléments.

Les extraits des entretiens effectués au cours de l'enquête permettent de retrouver des références communes à tous les contextes municipaux tout en soulignant des facteurs propres à chaque collectivité. Précisons que les réponses à la question posée doivent être replacées dans le contexte du début des années 90 et par rapport à la nature de l'espace communal.

Perspective par rapport à l'environnement local.

Nous avons repris ici les réponses à la question posée dont les termes étaient les suivants.

Question sur entretien : Quels sont les axes essentiels de la gestion municipale de la commune dont vous êtes l'élu ?

Entretien n° 6 : « Développement économique–développement culturel–défense et développement des services publics : hôpital mais aussi lycées, écoles... ».

Entretien n° 8 : « Aider les paysans à maintenir la profession agricole–Sauvegarder les activités essentielles pour éviter à ma commune de devenir une cité dortoir ».

Entretien n° 11 : « Modernisation et rationalisation des dépenses de fonctionnement–investissements réalistes avec recherche des subventions maximales »

Entretien n° 14 : « Développement local, mise en valeur et sauvegarde du patrimoine, favoriser l'investissement, la vie économique et culturelle. »

Entretien n° 18 : « Favoriser l'investissement tout en maintenant une pression fiscale équitable et modérée. »

Entretien N° 19 : « Une gestion rigoureuse, une priorité aux investissements économiques, l'obligation de l'entretien du patrimoine. »

Entretien n° 20 : « Solidarité, environnement, développement touristique ».

Entretien n° 24 : « Enseignement... »

Entretien n° 25 : « Assistance aux personnes âgées, développement des infrastructures sociales et sportives, aménagement de l'environnement touristique et promotion de l'image locale. »

Entretien n° 28 : « la solidarité, l'éducation, l'emploi. »

L'ensemble de ces déclarations est aussi hétérogène qu'homogène. Chacune d'elles traduit l'intériorisation par le médecin des perspectives associées à sa position. Intériorisation signifie ici interprétation de ce qui est donné à voir. Ainsi, nous remarquons que l'appartenance

partisane va plutôt influencer la conception « solidarité/qualité des services publics » chez les médecins maires du Parti socialiste, alors que ceux qui se réclament d'un courant centre / droit insisteront plutôt sur le registre « gestion rigoureuse, développement économique » même si ce dernier point devient un élément transversal des rhétoriques politiques depuis les années 80 en raison de l'ascendant partiel des croyances idéologiques favorables au capitalisme. L'intériorisation signifie aussi la prise en compte des spécificités sociales de la commune. Lorsqu'il est fait mention de la nécessité d'équiper la commune en infrastructures sportives et culturelles, l'intention nous renvoie à une représentation de la composition démographique de la commune : jeunesse, catégories sociales plutôt favorisées. L'entretien du patrimoine répond autant à une conception implicite de la culture qu'au souci de gestion d'un élément du patrimoine communal.

À travers d'autres exemples relevés dans la presse, réapparaît la diversité des perspectives ouvertes par la position de maire.

Ainsi le docteur Schuler, maire de la commune de l'Hôpital fonde son projet « Ortho-santé » sur une prise de conscience de l'état économique de sa commune, « il s'emploie donc à réaménager sa ville, à la doter d'infrastructures sportives et socioculturelles mais aussi à la dynamiser économiquement. »²⁷

Dans certaines communes les restructurations hospitalières ont posé avec plus d'acuité la question du déclin de la ville hôte.

Nous avons également relevé que lorsque des maires médecins, comme le docteur Castagnet à La Réole, présentent leur défense de l'hôpital public, ils s'appuient sur des registres qui n'expriment pas seulement leur souci de préserver la qualité de la couverture médicale de leur ville. Ils soulignent l'importance économique et sociale de ce qui est souvent le plus gros employeur de la ville et du canton. La compétence ainsi exprimée n'est pas celle d'un spécialiste des questions sanitaires mais celle d'un agent, qui, de par sa position, est confronté aux multiples aspects d'un fait social. Comme nous l'avons constaté dans le chapitre 3, la profession de médecin habilite à s'exprimer sur des questions sanitaires et sociales parce qu'elle confère un point de vue particulier sur un secteur social qui est aussi une perspective associée à la position sociale de la profession médicale. La position de maire place celui qui l'occupe dans l'obligation d'endosser les différentes perspectives qui lui sont associées. La perception résultant de l'intériorisation de ces différentes perspectives contribue à former une compétence, ici au sens de connaissance, qualifiée parfois de généraliste.

²⁷ *Maires de France*, octobre 1998 p. 75.

L'interprétation, souvent adoptée par les médecins, suivant laquelle, le maire doit développer une compétence relative à la situation économique et sociale de sa cité peut aussi être analysée comme le souci de se conformer à un registre de légitimation de plus en plus souvent évoqué. Par exemple lorsqu'on souligne qu'« en fait, le maire est passé du rôle de gestionnaire d'équipements dans les années 1970, de développeur économique dans les années 1980, à celui de gestionnaire de crise dans les années 1990 »²⁸, on établit un lien entre des propriétés contextuelles que l'on pointe et la perception de la compétence de maire que l'on identifie. C'est ainsi que le maire peut apparaître comme « le dernier rempart face à la crise de l'emploi et du logement »²⁹. Reprenant une autre lecture, on peut insister sur ses qualités de gestionnaire des ressources humaines et matérielles de sa commune en affirmant qu'« il est aujourd'hui contraint d'être un bon manager. »³⁰

Le professeur Bioulac, enseignant et chercheur en neuro-physiologie, maire de Bussière-Badil, Président du Conseil général de la Dordogne depuis 1982, illustre assez bien cette diversification des perspectives associées à la position de maire lorsqu'il déclare « on continue notre action selon ces trois axes : le développement des échanges économiques, la politique de réserve foncière et l'animation culturelle. »³¹

Perspective sur l'univers de la décision publique locale

Quel que soit le contexte étudié, il semble que la tendance dominant l'univers de la décision publique locale est celle d'une complexification croissante.

Si nous prenons le cas des unités urbaines, la dimension organisationnelle est une conséquence de leur taille. En soit ce n'est pas un phénomène nouveau. Mais comme nous avons pu le vérifier dans le chapitre 3, il se dessine depuis quelques années une évolution qui confère au territoire communal une importance croissante pour la mise en œuvre de l'agir public qu'il soit directement lié à la gestion municipale ou qu'il s'analyse comme la production localisée des politiques nationales. Les maires peuvent alors être tentés d'accorder une part prépondérante à l'organisation des services publics municipaux comme le prône le docteur Calmat à Livry-Gargan³² qui se propose de « changer les méthodes de travail » pour améliorer les relations entre les élus et les services communaux. Le mandat de maire offre une perspective plus dense qui demande une disponibilité plus grande. Sur ce point-là nous nous

²⁸ G-L. Rayssac, *Maires de France*, septembre 1995, p. 20.

²⁹ G. Lemoine, *Maires de France*, septembre 1995, p. 20.

³⁰ B. Brunhes, *Maires de France*, septembre 1995, p. 20.

³¹ *Sud Ouest*, 33, 21 février 1983.

³² *Le Courrier des maires*, septembre 1996.

demandons si la compatibilité avec le métier de médecin n'est pas partiellement remise en question.

L'univers de coopération décisionnelle entre les collectivités locales

L'évolution de l'univers décisionnel public dans l'espace rural fournit une autre forme de complexification de la perspective. Aux relations traditionnelles qui existaient avant la décentralisation sont venus s'ajouter les changements liés à la décentralisation et la généralisation progressive de l'intercommunalité. L'intercommunalité existait déjà de façon sectorielle avec les SIVOM et les SIVU. Les relations entre les communes et le Conseil général apparaissaient sous différentes modalités : financement partiel des projets communaux par l'institution départementale, traitement des dossiers d'aide sociale constitués par les centres communaux d'action sociale dans les commissions cantonales d'accès à l'aide sociale.

Après la décentralisation, les relations entre les communes et les Conseils généraux s'intensifient sous différentes modalités. D'une part, certains départements initient des procédures visant à accompagner l'action des premières dans certains domaines comme la Dordogne en 1982 où le professeur Bioulac incite à la création d'une agence technique départementale présentée comme un « outil technique au service des communes » qui « étudie et prépare les dossiers en relation avec les directions départementales de l'agriculture et de l'équipement. »³³ Elle a induit la mise en place d'une société départementale d'économie mixte pour prévoir le système de financement.

D'autre part, certaines politiques nationales comme celle qui a conduit à la mise en place du RMI rendent nécessaire la coopération entre le département et les communes établissant un espace décisionnel nouveau.

Si nous nous intéressons aux premiers effets du mouvement d'intercommunalité qui s'accélère depuis le début des années 90, nous serons amenés à formuler les observations suivantes. Cette tendance repose sur une volonté toujours affirmée et rarement mise en œuvre : réduire les coûts de gestion publique d'un espace local profondément fractionné. La création des pays ou des communautés de communes s'inscrit dans cette perspective tout en préservant le registre identitaire de l'autonomie communale. Certaines initiatives comme celles menées par les docteurs Moreau³⁴ et Burdeyron³⁵ peuvent être qualifiées de réussite. Il ne faut cependant pas oublier que ces procédures ne sont pas seulement soumises à des

³³ *Sud Ouest*, 33, 21 février 1983.

³⁴ *Le Courrier des maires*, dossier sur l'intercommunalité, septembre 1995.

objectifs présentés comme fonctionnels. Leur succès dépend des propriétés spécifiques du cadre d'expérience politique dont elles définissent la dimension spatiale : éléments de conflictualité partisane et personnelle, désaccords sur l'objet d'intercommunalité chez certains élus, refus de la domination d'une commune par rapport aux autres.

À cela il faut ajouter que les changements d'équipe municipale peuvent avoir une incidence sur le fonctionnement des structures intercommunales lorsqu'une commune détient une part importante des sièges au sein de ces dernières. C'est ainsi que la question de l'intercommunalité sur le Bassin d'Arcachon a alimenté le débat électoral lors des élections municipales à La Teste en 2001 dans la mesure où le changement d'équipe municipale dans cette ville pouvait entraîner des variations dans la gestion de la structure intercommunale.

Le développement de l'intercommunalité densifie la perspective associée à la position de maire dans l'univers décisionnel local. C'est un des facteurs qui expliquent qu'une part de cette perspective soit transmise aux adjoints dans un grand nombre de communes rurales.

1.2.2 Les positions d'adjoint

La lecture des perspectives ouvertes par les positions d'adjoints est par certains aspects reliée à celle que nous venons de faire concernant la position de maire. La complexification de l'univers décisionnel politique local ne porte plus uniquement sur les grandes villes, elle concerne l'ensemble des communes françaises mais sous des aspects différents.

Si l'on considère l'accès à cette position comme le résultat de processus de reconnaissance, il convient de se souvenir de ce qui a été dit dans le chapitre 2. Suivant la taille des espaces communaux, l'emboîtement de ces espaces est de plus en plus dense. Pour une commune située en milieu rural, le facteur personnel joue un peu plus parce que le maire souhaite confier des responsabilités à ceux dont il sait qu'ils expriment une présence sociale et chez qui il subodore une compétence.

Dans les villes plus importantes, l'influence des réseaux personnels et partisans sera un peu plus déterminante. Il peut y avoir des exceptions notables lorsque le maire affiche une volonté délibérée de se tenir en dehors de l'influence des partis politiques dans la composition de son équipe municipale comme nous avons pu le constater dans le cas de Gradignan (33).

La nature de la délégation accordée est aussi un indicateur de reconnaissance s'il s'agit, par exemple, du secteur des finances. Parfois, la position d'adjoint aux finances est une

³⁵ *Le Courrier des maires, op. cit.*, article sur le district du Jura Sud.

préparation à l'accession à la position de maire. Ainsi, le docteur Fleury, conseiller municipal de la ville d'Arcachon de 1953 à 1989, devient adjoint chargé des finances en 1971 puis maire en 1977. Le statut de 1^{er} adjoint est un autre indicateur même s'il n'est pas toujours rattaché au secteur des finances.

Les trajectoires des médecins élus locaux sont de ce point de vue analogues à celles de tous les élus.

Il convient de noter que la position de 1^{er} adjoint confère à celui qui l'occupe la possibilité de représenter le maire dans un certain nombre d'institutions, de structures intercommunales, bref, elle ouvre sur un espace positionnel plus large. Dans les communes hôtes d'un hôpital, c'est parfois le 1^{er} adjoint ou un des adjoints qui remplace le maire à la présidence du conseil d'administration. Il arrive quelquefois qu'un élu local médecin soit conseiller municipal et conseiller général, obéissant à une répartition des tâches politiques locales comme le docteur Pierre Quey.. à Cherveix-Cubas (24) ou le docteur L dans le canton de Sore (40).

Concernant la perspective ouverte par une position d'adjoint, il semble que pour la période sur laquelle nous avons travaillé l'agir public local connaît une tendance à une complexification croissante. La perspective ouverte par la position d'adjoint est naturellement affectée par cette évolution. Dans les grandes villes, les adjoints ont ainsi à entretenir des relations directes avec l'administration de leur secteur, et leur domaine de délégation ainsi que leur statut « servent à indiquer ce que sont les priorités du maire et de son équipe »³⁶. S'ils deviennent des « interlocuteurs politiques privilégiés sur leur champ de compétence »³⁷, c'est précisément parce que la perspective associée à leur position se densifie et requiert un investissement plus important en terme d'agir. Cela est d'autant plus vrai pour les villes impliquées dans des initiatives comme celles relevant de la politique de la ville qui accroissent leur champ d'intervention. Si la perspective associée à la position d'adjoint est plus large, la disponibilité intellectuelle qu'il faut lui consacrer est plus importante, et sur ce point, la profession de médecin n'est pas forcément celle qui laisse le plus de possibilités.

Une analyse très voisine peut être formulée concernant les communes rurales car elles entretiennent des relations traditionnelles avec le Conseil général et les administrations d'Etat. Peut être aussi parce que leur action est de plus en plus encadrée par la norme juridique et qu'elles doivent rester plus sensibles au contrôle de légalité.

Le développement des différentes formes d'association entre les communes (communauté de communes, pays) impliquent la mise en place d'une organisation prenant la succession ou

³⁶ O. Borraz, « Les relations politique administration depuis la décentralisation », *Pouvoirs locaux*, décembre 95, p. 60.

intervenant momentanément en surplus des SIVOM et des SIVU. Pour chacune des structures créées, chaque commune doit déléguer un de ses conseillers pour la représenter quand ce n'est pas le maire. La position d'adjoint donne alors une double perspective sur la gestion communale, une sur sa face interne, l'autre sur son versant externe. De fait, même dans les plus petites communes, la position d'adjoint exige une mobilisation cognitive plus consistante que ce qu'elle pouvait être dans le passé. Là aussi, il existe peut être un facteur de dissonance entre l'activité professionnelle des médecins et l'exercice de leurs mandats électifs.

2 L'ENTRÉE DANS UNE COMPÉTENCE D'ÉLU EN REDÉFINITION CONSTANTE

Nous avons montré dans le paragraphe précédent qu'il existe une sorte de stabilité dans la présence de la profession médicale au sein des institutions locales. Ce qui peut apparaître comme un élément de permanence ne doit pas faire oublier que le cadre d'expérience de l'agir public local a beaucoup changé depuis le début de la cinquième république. La perspective associée à la position d'élu a logiquement suivi cette évolution. Nous avons montré quels pouvaient être les traits structurants de cette perspective à travers les différents contextes institutionnels suivant les époques et les espaces locaux. Si la compétence des élus est le résultat de ce qu'ils apprennent des contextes d'exercice de leurs positions, elle a naturellement évolué. Même s'il n'est pas facile d'objectiver ce que les agents savent, il est possible de faire état de ce qui leur est permis d'apprendre. Mais la compétence d'élu est aussi la mise en œuvre d'un savoir. L'entrée dans les différentes actualisations du cadre d'expérience de l'agir public local se fait par une participation en terme d'agir individuel mesuré par la compétence attendue et exercée. À présent, nous essaierons de comprendre en quoi les changements de ce cadre d'expérience peuvent modifier la compétence des élus. En se plaçant du point de vue de l'agir public local, il est possible de réaliser une première distinction entre ceux qui s'y impliquent au nom des institutions publiques et ceux qui en tant qu'acteurs privés peuvent y contribuer d'une façon ou d'une autre. Dans le premier ensemble, nous pouvons placer les élus locaux, la fonction publique territoriale et les représentants des administrations d'Etat à l'échelon local. Les différents acteurs privés impliqués dans des actions publiques à divers titres forment le second ensemble.

³⁷ O. Borraz, *op. cit.*, p. 60.

Du point de vue de la conception et de la mise en œuvre des décisions publiques, nous mesurons à tous les niveaux de l'organisation locale une multiplication des lieux de décision. L'agir public local devient un univers organisationnel de plus en plus complexe. Cela est vérifiable dans les grandes villes comme dans le monde rural. Cette évolution pose plusieurs questions sur la composition de l'ensemble de définition de la compétence d'élus.

La première concerne la décision électorale dans la mesure où elle met en cause la compétence attribuée aux élus. Le débat sur l'imputation de l'action des élus locaux s'inscrit dans cette problématique³⁸. Quand les élus se présentent en invoquant un bilan, ils doivent être en mesure de prouver aux électeurs qu'ils ont l'« auctorialité » de l'agir public. Leur position d'élus les place à l'origine des actions publiques et ils doivent en suivre la mise en forme symbolique et matérielle. Il leur appartient d'en assumer les effets qu'ils soient jugés positifs ou négatifs. Le contexte électoral est ainsi marqué d'une ambiguïté certaine dans la mesure où il conduit à attribuer aux élus l'autorité et l'auctorialité des décisions publiques alors que dans les faits ce dernier aspect semble moins évident. Nous fondons notre lecture sur la distinction opérée entre « l'autorité énonciative, entendue comme crédibilité et l'auctorialité, entendue comme nom de l'auteur »³⁹. La compétence des acteurs est ici reliée à celle de l'influence.

Il faut apporter une première nuance à notre thèse. Le point de vue de généralité qu'il exprime n'est pas validé sur le terrain empirique par le fait qu'il existe une question de degré dans la confusion entre ces deux aspects. Les relations entre l'auctorialité et l'autorité de l'action publique ne se posent pas dans les mêmes termes partout. Il n'est pas évident que pour les 28183 communes de moins de 1000 habitants (77,11 %)⁴⁰ la répartition des compétences soit une réalité problématique du point de vue de la gestion interne de ces collectivités. Pourtant, l'accélération de la croissance des procédures d'intercommunalité contribue à complexifier l'univers décisionnel public en conférant la gestion de certains secteurs à des organisations dont les responsables ne sont pas directement désignés par le suffrage universel. Certains lieux de décision encadrent progressivement le pouvoir municipal. Cela pose la question de la compétence attribuée aux élus et donc d'une partie de leur légitimité face à leurs électeurs si certains champs de compétence leur échappent. Il y a donc ici deux aspects qu'il paraît opportun de séparer : le travail de répartition des compétences que réalisent les différents acteurs publics entre eux ; l'opération que réalisent les électeurs lorsqu'ils attribuent

³⁸ C. Le Bart, *L'imputation au maire du développement économique local*, thèse pour le doctorat en science politique, Université de Rennes I, 1989.

³⁹ G. Leclerc, *Histoire de l'autorité*, Paris, PUF Sociologie d'aujourd'hui, 1996, p. 11.

implicitement ou explicitement une compétence à leurs élus. La confusion entre ces deux logiques est plus évidente dans les espaces où l'agir public est le plus complexe. En premier lieu, on doit prendre en compte la taille des politiques publiques exigeant une organisation complexe et une part importante du personnel d'encadrement. En second lieu, il faut introduire la nature et le nombre des mandats occupés par les élus. Et cela est compréhensible du fait que la compétence de certains élus locaux ne se limite pas à leur participation à l'agir public local. Ils doivent parfois s'insérer dans le cadre d'expérience d'un mandat national, manifester une compétence particulière vis-à-vis des structures partisans pour stabiliser leur éligibilité. La question de leur implication dans l'agir public local est donc conditionnée par celle de leur disponibilité. Le cumul des positions électorales augmente le contenu de la compétence requise pour celui qui la vit mais elle diminue la compétence qu'il peut mettre en œuvre dans chacune de ces positions. Les zones de compétence laissées libres dans le champ de l'agir public local, par manque de disponibilité, sont naturellement occupées par d'autres. Enfin, il convient de souligner qu'il ne faut pas réduire notre perception des auteurs de l'action publique à la seule dichotomie entre élus et fonction publique territoriale. Il existe des collaborateurs non-fonctionnaires qui interviennent également dans la conception des politiques publiques.

De notre point de vue, la confusion et l'éclaircissement de la répartition des compétences dans l'agir public local ne concernent pas la majorité des élus locaux et des cadres territoriaux. Ils se produisent dans des contextes institutionnels où la complexité de l'agir public rencontre celle des itinéraires électifs. Ils sont principalement identifiables dans les exécutifs des unités urbaines importantes, des Conseils généraux, des Conseils régionaux et des établissements publics administratifs.⁴¹ Ils concernent aussi les processus d'intercommunalité qui tendent à multiplier les lieux décisionnels.

Nous pensons que sa pertinence est réactivée au moment de l'élection par la présence de répertoires de légitimation au moyen desquels les élus locaux tendent à souligner l'importance de leur position. C'est ainsi que les qualifications de l'agir public local contribuent à enrichir le domaine de définition de la compétence d'élu. Si un des effets de la décentralisation est « un mouvement général de technicisation de la gestion locale » cela se traduit dans le domaine des significations disponibles par « une idéologie de la gestion efficace et

⁴⁰ Nous reprenons le chiffre cité par Jean Petaux dans son article, *L'école des maires*, dossier sur le métier d'élu local, *Politix* n°28, 1994, p. 49.

⁴¹ Nous nous référons ici au tableau inscrit dans le décret 1004 du 16 décembre 1987, cité par Gilles Savary, « La part d'ombre de l'administration locale », *Pouvoirs locaux* décembre 1995, p. 64.

techniquement bien faite »⁴². Or l'exercice de définition de l'action publique conduit implicitement à présenter un modèle de compétence des acteurs qui ont à la mettre en œuvre. Par leur contenu, les définitions proposées rendent délicate la différenciation des compétences et des identités des acteurs impliqués dans l'action publique.

2.1 Un processus de bureaucratisation qui multiplie le nombre d'acteurs impliqués dans la prise de décision publique

Si d'un point de vue général on soutient que « la décentralisation a fortement contribué à renouveler le mode d'administration et de gestion des collectivités locales » au point que « les frontières entre le pôle politique et le pôle administratif sont devenues floues, la délimitation des rôles et des responsabilités plus fluctuante »⁴³, il est possible de s'interroger sur la clarté de la signature de l'action publique.

Relativement à la nature de la situation électorale, la confusion des compétences a une incidence sur l'éligibilité des candidats parce qu'elle obscurcit les procédés d'imputation. Ainsi pour une élection municipale, « le problème de celui qui met en œuvre une politique municipale est de pouvoir en tirer le bénéfice, d'être reconnu comme son initiateur, surtout lorsque le contact avec la population n'est pas fait que de grandes réalisations mais de la résolution de la multiplicité des petits problèmes quotidiens des administrés locaux. »⁴⁴

Parfois, le maire peut aussi être en concurrence avec le secrétaire général de la ville si celui-ci apparaît comme « notable omniprésent dans la ville » de sorte qu'« il se crée ainsi une tension sur l'attribution des mérites, l' élu devant toujours faire en sorte d'être bien reconnu comme l'initiateur des actions. »⁴⁵

Mais cette situation peut apparaître préjudiciable à la situation électorale, elle conduit aussi à s'interroger sur les modalités suivant lesquelles les différents acteurs peuvent parvenir à un ajustement de leurs pratiques pour assurer la mise en œuvre des actions locales. Cela

⁴² S. Biarez, *Le pouvoir local*, Paris, Economica, p. 93.

⁴³ D. Lamarzelle, « Cadres et élus : la zone grise du management territorial », *Pouvoirs locaux*, n°37, p. 68.

⁴⁴ S. Trosa, « Les relations élus fonctionnaires et la représentation locale », *Pouvoirs locaux* n°21, 3^{ème} trimestre 1989, p. 99.

⁴⁵ S. Trosa, *op. cit.*, p. 100.

réintroduit la catégorie compétence dans le débat sur les positions respectives des différents acteurs.

2.1.1 Une bureaucratisation locale qui opacifie l'attribution des compétences

Depuis la réforme de la décentralisation, l'agir public local a connu une série de transformations qui a modifié le cadre d'expérience de la compétence d' élu. Nous ne reviendrons pas sur la question de l'autorité de la décision publique dans les domaines transférés aux collectivités locales que nous avons déjà évoquée. Si nous observons l'ensemble des contextes d'actualisation de l'agir public local, nous pouvons formuler l'hypothèse de l'instauration progressive d'un lent processus de bureaucratisation qui peut modifier la définition de la compétence d' élu. Par bureaucratisation nous entendons désigner la complexification de l'univers décisionnel et pragmatique de l'agir public local. Elle touche tous les secteurs de l'agir public local mais sous des formes variables. Ainsi les transferts de compétence ont conduit les Conseils généraux à densifier l'encadrement administratif de la gestion territoriale. Phénomène comparable à ce qui était déjà réalisé dans les grandes villes. Nous avons évoqué la situation des communes rurales touchées par un mouvement général d'intercommunalité qui opacifie davantage le champ de la décision politique locale. À cela, il faudrait ajouter les différents niveaux d'interaction entre les collectivités locales et l'Etat comme cela a été le cas avec la mise en place du RMI et les politiques spécifiques de santé publique.

La première conséquence de ce processus de bureaucratisation affecte la répartition des rôles entre les acteurs institutionnels de la décision publique

La difficulté à mesurer la part relative prise par les élus dans la conception et la réalisation de l'agir public local, pose une question centrale dans le fonctionnement de la démocratie. Faire le constat de cette confusion, c'est provoquer une interrogation sur les termes dans lesquels les électeurs peuvent recevoir la signature de l'action publique dans la mesure où la position des fonctionnaires est située dans une « proximité simultanée des élus et des usagers .»⁴⁶

En même temps, c'est se poser la question de savoir comment les différents acteurs de l'action publique, lorsqu'ils se trouvent dans le cadre d'expérience de la décision publique, construisent leurs conceptions de la compétence du partenaire.

⁴⁶ S. Trosa, *op. cit.*, p. 99.

Dans un premier temps, on peut envisager l'existence « d'une zone grise du management territorial »⁴⁷ qui peut laisser penser que « l'on ne sait plus vraiment qui est responsable de quoi »⁴⁸. L'hypothèse la moins nuancée conduit à penser que dans les faits, les collectivités locales sont gouvernées par des technostructures. Ce jugement soulève une première question à propos des médecins élus locaux qui est celle de savoir comment ils peuvent intégrer un univers dans lequel la reconnaissance individualisée des agents aurait du mal à s'établir.

Cette situation peut être expliquée par « l'absence de définition juridique et de clarification des responsabilités respectives des élus et des fonctionnaires territoriaux... »⁴⁹ Elle se réfère à une conception qui fait de la décision publique « un système complexe dans lequel de nombreux paramètres et acteurs interviennent et qui ne répond évidemment pas à un modèle linéaire » pour constater que « les élus et l'administration font partie de ce système et n'en dominent, souvent temporairement que des fragments. »⁵⁰

Cependant, comme nous l'avons indiqué plus haut, la référence à la décision publique nous demande de prendre en compte la spécificité de chaque contexte institutionnel. Il nous semble par exemple que si les fonctionnaires territoriaux d'encadrement sont de plus en plus associés à la définition des politiques publiques, cela est plus vérifiable dans un Conseil général ou une grande ville que dans une commune rurale. Il faut réintroduire ici la question de la disponibilité des élus, et donc celle du cumul des positions électives, car la compétence abandonnée par les uns et naturellement reprise par d'autres. Nous pouvons reprendre ici l'analyse de Florence d'Harcourt à propos du cumul des mandats : « Le cumul mène dans bien des cas au survol des dossiers, à la dispersion du travail, étant donnée la course perpétuelle à laquelle le cumulard doit se livrer, exploit sportif s'il en est quand il s'agit, et c'est le cas de sauter d'un avion dans un train, du train dans la voiture qui le mènera de sa commune à la préfecture du département, puis à celle de la région pour rejoindre deux jours et demi par semaine l'Assemblée ou le Sénat d'où il sera souvent rappelé pour traiter une urgence dans son fief »⁵¹.

Un président de Conseil général exerçant plusieurs mandats devra se doter d'un cabinet⁵² et s'appuyer sur les directeurs des administrations. Cette lecture insiste sur « le fait que les

⁴⁷ D. Lamarzelle, *op. cit.*, p. 68.

⁴⁸ D. Lamarzelle, *op. cit.*, p. 71.

⁴⁹ « Refonder le contrat de confiance entre élus et cadres dirigeants », Editorial, *Pouvoirs locaux*, n°37/III1998, p. 62.

⁵⁰ P. Ducret, « Sur une question sensible », *Pouvoirs locaux*, décembre 1995, *op. cit.*, p. 73.

⁵¹ Cité par Pierre Sadran, « La limitation du cumul des mandats, Hypothèses sur un lifting nécessaire », *Pouvoirs locaux*, n°21, 3^e trimestre 1989, p. 83.

⁵² G. Savary, « La part d'ombre de l'administration locale », *Pouvoirs locaux*, décembre 1995, p. 62-67.

nouveaux fonctionnaires des services départementaux soient très présents dans les instances de décision du Conseil général (bureau, commissions du conseil général), et qu'ils jouent un rôle très important dans la préparation des rapports des présidents des Conseils généraux, illustre toute l'importance de ces nouvelles structures et le pouvoir d'expertise de ces cadres. »⁵³ De fait les fonctionnaires territoriaux seront conduits à se percevoir comme « les gardiens d'un nouveau concept d'intérêt général »⁵⁴, ce qui, implicitement, les place en concurrence avec les élus sur un point où se construit une complémentarité institutionnelle.

La participation des fonctionnaires et des différents acteurs qui accompagnent les élus introduit un doute sur l'identité de ceux qui conçoivent les politiques publiques, or, c'est dans la phase de conception que se produisent les opérations d'agrégation et d'intégration de problèmes. Il est très difficile de vouloir clarifier la réalité de la compétence mise en œuvre par les différents agents intervenant dans ces opérations en se plaçant sur le terrain de l'objectivation. Si cette réalité « n'est pas sans poser problème en termes de responsabilité juridique mais également politique »⁵⁵, ne peut-on pas s'interroger sur les effets qu'elle peut produire chez les électeurs ?

La répartition des compétences est le produit des processus de reconnaissance réciproque des compétences de chacun

Si « la question du partage des responsabilités entre le politique et l'organisation se trouve posée »⁵⁶, il nous semble que les termes du débat nous renvoient à un mode de compréhension de l'agir public local qui doit faire la part de la construction intersubjective dans la question de la répartition des compétences. Nous distinguerons deux axes de présentation.

La clarification de la répartition des compétences entre les élus et leurs collaborateurs est révélatrice de la façon dont chacun de ces deux ensembles définit sa propre identité. Cela ne concerne pas seulement les élus⁵⁷. On peut s'inspirer ici de la conception suivant laquelle « ma propre identité dépend vitalemment de mes relations dialogiques avec les autres. »⁵⁸

Il faut voir que les différents acteurs qui s'expriment sur cette question font usage de deux types d'interprétation : l'une qui tend à présenter cette répartition dans une perspective

⁵³ J-M. Nicolas, « Vers une nouvelle gestion publique ? Le cas des administrations départementales », *Les cahiers du CNFPT*, n°28, p. 124.

⁵⁴ J-M. Nicolas, *ibidem*.

⁵⁵ « Refonder le contrat de confiance entre élus et cadres dirigeants », *Pouvoirs locaux* n°37, p. 62.

⁵⁶ D. Lorrain, *Les nouveaux paradigmes de l'action publique et la fonction publique locale*, *Cahiers du CNFPT* n°35, p. 25.

⁵⁷ S. Trosa, *op. cit.*, p. 98.

⁵⁸ C. Taylor, *La politique de la reconnaissance*, *op. cit.*, p. 52.

d'objectivation, l'autre qui aboutit à l'acceptation des conditions intersubjectives de cette répartition.

D'un côté on peut dire à propos de la haute fonction publique territoriale qu'elle « souffre d'une absence de clarté dans les missions qui lui sont dévolues »⁵⁹ en raison de « l'absence de définition juridique et de clarification des responsabilités respectives des élus et des fonctionnaires territoriaux... »⁶⁰ Mais en même temps, il est soutenu que « le rêve d'une réforme administrative et réglementaire qui lèverait toutes les ambiguïtés en codifiant les rôles de chacun, est un mirage. »⁶¹

Les limites de la codification juridique de la répartition des compétences sont amplifiées par le fait que l'agir public local fait l'objet d'un travail de qualification qui insiste sur la congruence des compétences des différents acteurs qui s'y impliquent.

Cette répartition des compétences est rendue plus délicate du fait que « les rôles des uns et des autres sont étroitement imbriqués » en raison de la mise en œuvre de ce qui est présenté comme du « management public ». Il semble en effet que la qualification de l'agir public local en « management » ait contribué à accroître l'interdépendance entre ces deux familles d'acteurs. De sorte que « le cadre territorial se trouve détenir une parcelle non négligeable du pouvoir de l'élu dans la mesure où il participe de fait à la conception et à la mise en place des projets stratégiques, rôle qu'il assure d'une manière volontaire pour pouvoir mener à bien et de bout en bout les opérations qu'a initiées la collectivité. »⁶²

Si les cadres territoriaux sont de plus en plus assimilés à « des managers des affaires locales associés de plus en plus étroitement à la définition des politiques publiques »⁶³ il ne faut pas oublier que « la montée en puissance de la gestion met en quelque sorte élus et fonctionnaires sur un même plan. »⁶⁴ Parfois, les méthodes du management peuvent apparaître comme une ressource stratégique par des acteurs qui, en conduisant le changement de l'organisation communale, cherchent à étendre leur zone de pouvoir.

La logique managériale confère au cadre territorial un rôle « de conseiller stratégique de l'élu » dans lequel « il est difficile de dire où s'arrête le politique et où commence le technique »⁶⁵.

Dire cela conduit à reconnaître que le choix des qualifications de l'agir public local conditionne la façon dont va être interprétée la répartition des compétences entre ses

⁵⁹ *Pouvoirs locaux*, 37 /II/1998, *op. cit.*, p. 62.

⁶⁰ *ibidem*.

⁶¹ P. Ducret, *op. cit.*, p. 70.

⁶² D. Lamarzelle, *op. cit.*, p. 71.

⁶³ *Pouvoirs locaux*, *ibidem*.

⁶⁴ S. Trosa, *op. cit.*, p. 98.

différents acteurs. C'est précisément au nom de cette conception de l'agir public local que dans un double mouvement « les fonctionnaires revendiquent de plus en plus leur implication dans la genèse des opérations. Les élus attendent que les cadres les aident à définir les stratégies. »⁶⁶

Dans ces conditions, il faut lier « la façon dont les élus conçoivent leur rôle de représentant » à « l'équilibre qui se crée entre la représentation et les nouveaux modes de gestion qui se développent dans les collectivités locales »⁶⁷.

La répartition des compétences conduit à une qualification de la compétence de chacun des acteurs. Il faut donc savoir à partir de quels registres va se construire cette qualification.

Même si cette dernière s'objective par une construction juridique cela n'empêche pas que dans les pratiques institutionnelles quotidiennes, élus et acteurs soient contraints de trouver des modes d'ajustement qui relèvent davantage des processus d'intercompréhension peu objectivables que l'on qualifie parfois d'« approches de type incrémental »⁶⁸ qui reposent sur « une délégation de confiance réciproque » impliquant « une composante relationnelle forte »⁶⁹.

La répartition des compétences entre les acteurs de l'agir public local se décline par l'usage de registres de légitimation

Ce qui est en jeu dans cette construction sociale de la répartition recoupe deux réalités. La première concerne la reconnaissance de l'identité propre de chacun des acteurs, élus et fonctionnaires, perçue à travers l'individuation d'un groupe social. Nous nous situons alors dans la perspective de la politique de la reconnaissance par laquelle « ce que l'on nous demande de reconnaître, c'est l'identité unique de cet individu ou de ce groupe, ce qui le distingue de tous les autres. »⁷⁰

Mais le choix des catégories dans lesquelles s'effectue cette demande de reconnaissance n'est pas neutre, il se réfère à « un système global d'appréciation des contributions particulières. »⁷¹ Elle s'exprime donc à travers des registres de légitimation dans lesquels élus et fonctionnaires peuvent spécifier leur compétence propre. Pour la fonction publique territoriale, le registre de légitimation associe la professionnalité à l'expertise. Les représentants de l'administration territoriale parlent de « légitimité professionnelle » fondée sur une compétence exprimée à

⁶⁵ D. Lamarzelle, *op. cit.*, p. 72.

⁶⁶ D. Lamarzelle, *op. cit.*, p. 70.

⁶⁷ S. Trosa, *op. cit.*, p. 98.

⁶⁸ J-C. Thoenig, « Savoir savant et gestion locale », *Politix* n°28, 1994, p. 74.

⁶⁹ D. Lamarzelle, *op. cit.* p. 68.

⁷⁰ C. Taylor, *La politique de la reconnaissance*, *op. cit.*, p. 57.

travers une « capacité d'expertise, d'organisation et d'action, ainsi que la neutralité objective de son jugement »⁷².

Il semble très difficile de donner une consistance empirique à la mesure de la « neutralité objective » de ce jugement. Peut-être faut-il expliquer cette difficulté par la tension permanente entre les conceptions normatives et les réalités pragmatiques.

La question de la répartition des compétences n'est donc pas de l'ordre de l'objectivation au sens que peuvent en donner les sciences exactes mais plutôt de l'identification des registres de construction intersubjective. Il faut y voir une réalité permanente de la vie des acteurs au sein de l'agir public local. Comme illustration de notre propos, nous citerons ici une réflexion d'un élu girondin qui pose à la fois la question de la répartition et celle de la part du langage à travers lequel elle tend à s'exprimer. L'ancienneté de ce propos est une indication du caractère permanent de la préoccupation invoquée.

« Technicien ou... politicien ? Un administrateur : René Cassagne.⁷³

...à partir de quel moment peut-on se vanter d'être un technicien, quels sont les critères qui déterminent cette appellation, quels travaux connus permettent de l'indiquer, quels examens passés permettent de dire qu'on a au moins, un minimum de connaissances ?

René Cassagne insiste : il ne veut pas être considéré comme un technicien, mais plutôt comme un véritable administrateur...

Le rôle de l'élu c'est justement de travailler en pleine collaboration avec des techniciens, des vrais, pour apporter à leurs magnifiques projets la correction humaine indispensable.

L'élu représente le peuple avec ses désirs, ses problèmes, ses enthousiasmes, ses protestations et ses possibilités financières. Le technicien lui travaille d'une manière anonyme, sans se préoccuper des intérêts immédiats des hommes et sans étudier des possibilités de financement.

Le problème est donc bien posé.

Ou un régime où les techniciens devenant rapidement des technocrates sont rois avec tout ce que cela peut comprendre d'incompréhensions humaines, ou une sage administration qui ne méconnaît pas l'audace nécessaire mais qui veut une société faite pour les hommes et qui veut leur bonheur avec leur consentement. »

Ce texte, produit à l'occasion de la campagne pour les élections cantonales de 1967, insiste sur les liens entre l'intersubjectivité et le langage par lequel les individus tentent d'objectiver ce qu'ils pensent légitime. Quels contenus peut-on donner à la notion de « correction

⁷¹ A. Honneth, *La lutte pour la reconnaissance*, op. cit., p. 153.

⁷² P. Ducret, « Sur une question sensible », *Pouvoirs locaux*, décembre 95, p. 70.

humaine » ou à celle de « sage administration » ? Si ce n'est celui d'une suite argumentaire qui peut illustrer à l'infini une lutte pour la reconnaissance des positions de chacun. Aujourd'hui, la question se pose toujours mais les réponses varient parce que les significations disponibles⁷⁴ ont changé de contenu. Ainsi quand se pose la question d'une légitimité concurrente entre les élus et les cadres territoriaux la réponse se fait sur la base d'une « exigence de professionnalisme des fonctionnaires territoriaux »⁷⁵.

Le recours au registre de la professionnalité ou à celui de la professionnalisation est un élément d'une lutte pour la reconnaissance entre les élus et les cadres territoriaux. Il constitue une « des interprétations qui gouvernent la perception des fins sociales à un moment particulier de l'histoire »⁷⁶. La professionnalité est devenue un des instruments de construction intersubjective d'estime sociale par lequel des groupes sociaux « parviennent à présenter publiquement leurs qualités et leurs capacités propres comme particulièrement précieuses pour la collectivité » et « s'efforcent sur le plan symbolique de valoriser les capacités liées à leur mode de vie particulier et de démontrer leur importance pour les fins communes. »⁷⁷

Il n'est pas anodin que l'on présente en parallèle le « métier d'élu » et le « métier de fonctionnaire territorial » pour caractériser « l'osmose » entre les deux familles d'acteurs de l'agir public local⁷⁸. Exprimer cela en se référant à la notion de métier pour les deux ensembles d'acteurs, c'est créer des catégories de mise en équivalence.

L'osmose entre les élus et les cadres territoriaux n'est décelable que dans les situations où l'exercice de la compétence d'élu laisse libre des parcelles de l'agir public local que peuvent investir les cadres territoriaux. Le jeu des compétences respectives est difficilement mesurable sur le terrain empirique. Comment, en effet, peut-on prouver qu'à tel ou tel moment de préparation d'une politique publique un cadre territorial est intervenu là où aurait du intervenir un élu ? Nous savons d'après les témoignages de certains acteurs qu'une tendance se développe et nous ne pouvons qu'éclairer les conditions de son émergence.

Par rapport à la situation électorale, plusieurs constats peuvent être proposés. Le premier, indique que les résultats de l'action publique constituent une ressource d'éligibilité pour le candidat à une élection. Cette association de l'identité du candidat aux résultats de l'action

⁷³ *Sud Ouest*, 33, 22 septembre 1967.

⁷⁴ P. Berger et T. Luckmann, *La construction sociale de la réalité*, op. cit., p. 54.

⁷⁵ Philippe Mahé, Table ronde « Problèmes, enjeux et avenir de la fonction publique territoriale », *Pouvoirs locaux* n°37, p. 101.

⁷⁶ A. Honneth, *La lutte pour la reconnaissance*, op. cit. p. 154.

⁷⁷ A. Honneth, *ibidem*.

publique joue de deux façons. Elle peut fonctionner de manière implicite lorsque l'action de l'institution est rattachée à la présence de telle ou telle personnalité. Ainsi dans le chapitre trois, nous avons vu que lors de la campagne électorale de 2001, le président du Conseil général de la Gironde s'est déplacé pour soutenir la candidature du docteur M, et qu'à cette occasion il a inauguré les nouveaux locaux de la maison de retraite en rappelant la part de financement du Conseil général tout en soulignant l'action menée par le docteur M en faveur de l'hôpital. Quelques mois auparavant, l'inauguration d'une maison des services publics avait donné lieu à une interprétation similaire.

Pour s'actualiser dans la situation électorale en ressource d'éligibilité, l'individuation de la signature de l'action publique sur un candidat doit être perceptible par les électeurs dans leur vie quotidienne, c'est en ce sens que l'on postule que « la légitimité de l'élu est à refonder en permanence par la qualité de son action. »⁷⁹

Si les intervenants dans l'agir public ne sont pas uniquement ceux que l'on élit, cette question ne trouve pas de réponse claire. De ce point de vue la répartition des compétences intéresse aussi la situation électorale dans la mesure où les électeurs désignent ceux que les principes démocratiques définissent comme les titulaires du pouvoir politique.

Que les politiques publiques soient déterminées partiellement par l'intervention des cadres territoriaux ne doit pas faire oublier que « les contraintes de l'élection ne sont pas forcément celles du management. »⁸⁰

L'ambiguïté de la situation des élus est double : d'un côté ils n'apparaissent pas toujours comme les seuls initiateurs des politiques publiques, de l'autre, la logique de construction de l'action publique par les cadres territoriaux ne s'inscrit pas toujours dans celle des élus.

Cette ambiguïté concerne plus particulièrement les élus dont la compétence n'est pas limitée à celle de l'intervention dans l'agir public local. Celui dont l'éligibilité repose sur un emboîtement complexe des espaces de reconnaissance doit exprimer une compétence dans des lieux qui ne sont pas ceux de l'agir public local.

Ainsi dans le champ municipal, les cadres territoriaux peuvent apparaître comme « les coauteurs des politiques municipales »⁸¹ alors que le « problème de celui qui met en œuvre une politique municipale est de pouvoir en tirer le bénéfice, d'être reconnu comme son initiateur »⁸².

⁷⁸ D. Lamarzelle, *op. cit.*, p. 72.

⁷⁹ S. Trosa, art. cité., p. 103.

⁸⁰ S. Trosa, art. cité., p. 100.

⁸¹ S. Trosa, art. cité., p. 102.

⁸² S. Trosa, art. cité., p. 100.

S'il peut exister un certain degré de confusion dans la signature de l'action publique peut-on en conclure qu'il existe un risque de délégitimation pour les élus ? Dans l'affirmative, il appartiendrait à ces derniers de trouver des modes de légitimation alternatifs visant à singulariser leur compétence.

Une légitimation qui s'adresse aussi aux électeurs

La lecture qui présente une confusion dans la répartition des compétences entre les différents acteurs de l'agir public local induit un questionnement dont les réponses ne relèvent pas toutes de la validation empirique. Cette question ne concerne qu'un ensemble des contextes locaux. Il est question ici de configurations où les portions de territoire de compétence abandonnées, tacitement, par les élus sont naturellement prises par les cadres territoriaux. Nous ne partageons pas l'argument⁸³ suivant lequel la détention d'un savoir savant, catégorisé comme une capacité d'expertise, par les cadres territoriaux ne remet pas en question la compétence de l' élu parce que cette dernière tire son autorité de l'élection. Il s'agit pour nous de deux questions séparées. Il y a tout d'abord une conception normative qui implique d'accepter la prééminence de l' élu dans une démocratie représentative. Pourtant, la réalité de l'agir public local révèle que dans le cas où le cumul des positions électives rencontre la complexité de l'agir public, il peut se produire une répartition des compétences, certes difficile à mesurer, en faveur des cadres territoriaux. En ce sens, le point de vue suivant lequel le non-cumul des mandats affecte cette répartition dans la mesure où l' élu est mieux à même d'exercer la nature politique de sa position⁸⁴ ne paraît pas infondé.

Mais la difficulté à mesurer la réalité de cette confusion donne une indication sur les modalités suivant lesquelles la compétence des agents est une construction intersubjective.

2.1.3 Une compétence à entretenir et améliorer l'éligibilité

L'ambiguïté qui entoure la répartition des compétences entre les différents acteurs de l'agir public institutionnel est un facteur qui conduit les élus à trouver de nouveaux registres de légitimation proposés à la compétence des électeurs sous forme de significations disponibles. Le second élément est le processus de décentralisation qui les place dans la situation d'avoir à assumer l'autorité de leurs décisions. La compétence d' élu se traduit ici par une capacité à

⁸³ J-C. Thoenig, « Savoir savant et gestion locale », *Politix* n°28, 1994, p. 72.

créer des espaces de reconnaissance et à entretenir ceux qui existent. La mise en valeur de la compétence exercée constitue un des axes de présentation de ces processus de légitimation.

Conforter les espaces de reconnaissance

La compétence d' élu local varie suivant le nombre et la nature des espaces de reconnaissance qui structurent son éligibilité. Lorsqu' il accède à une position d' élu, le médecin doit maintenir la consistance des espaces de reconnaissance qui ont contribué à son élection et faire de ses administrés les acteurs d' un nouvel espace de reconnaissance.

La compétence implicitement définie par ces enjeux relève de ce qui fut qualifié, il y a plus de trente ans de principe de proximité⁸⁵. À l' époque l' auteur distinguait deux modalités : la proximité spatiale et la proximité des problèmes. Le fait que ce principe soit devenu un des vecteurs de la persuasion politique ne le prive en rien de sa matérialité dans la vie quotidienne locale. L' élu local, selon la complexité de l' emboîtement des espaces de reconnaissance dont son élection est le produit, doit par exemple, exprimer sa compétence vis à vis des structures partisanes locales, des associations auxquelles il participait avant son élection. Les études réalisées pour la catégorisation du métier d' élu ont parfaitement rendu compte de ces phénomènes.

Pour nous, la notion de proximité relève donc de deux lectures distinctes mais complémentaires. D' un côté, elle permet de décrire les réalités quotidiennes des relations entre les élus et leurs administrés. Ainsi, il nous paraît difficile de nier la proposition suivant laquelle « la personnification du maire reproduit une image concrète. Elle s' inscrit dans des rapports et un sentiment de proximité que secrètent sa présence, les relations interindividuelles ou de connaissance qu' il entretient avec ses administrés. »⁸⁶ On peut y voir un des rôles composant la compétence d' élu, celui qui consiste à « maîtriser les situations de communication dans lesquelles se trouve engagé un élu »⁸⁷.

De l' autre, elle est devenue un des éléments de la production de sens par laquelle les élus tendent à légitimer leur position.

Sur ce dernier point, il semble utile de préciser l' interprétation de la notion de proximité qui peut être proposée.

⁸⁴ Voir sur ce point l' argumentation développée par Gilles Amaudric du Chaffaut, *Pouvoirs locaux* n°37/II/1998, p. 99-100.

⁸⁵ E. Morin, *Commune en France. La métamorphose de Plodemet*.

⁸⁶ A. Mabileau, « De la monarchie municipale à la française », *Pouvoirs* n° 73, 1995, p. 11.

⁸⁷ J-L. Briquet, « Communiquer en acte. Prescriptions de rôle et exercice du métier politique », *Politix* n°28, 1994, p. 21.

La proximité qu'elle soit spatiale ou temporelle renvoie à une dimension rationnelle qui stipule qu'en étant proche des gens on connaît leurs problèmes et que de ce fait on est bien placé pour les résoudre. Elle détient aussi une composante affective qui dit que l'on est proche des gens au sens de reconnaissance affective qui tend à valoriser leur individualité⁸⁸. Le registre relationnel de la compétence d'élus est structuré sur ces deux pôles. Quand il est présenté selon ces deux acceptions le registre de la proximité accède à un niveau de généralité qui lui permet d'être mobilisé dans tous les espaces de construction intersubjective des enjeux politiques.

Sur le terrain local, sa mise en forme dynamique est exprimée par le langage de la médiation. Comme catégorie d'analyse, le langage de la médiation n'est pas nouveau, il a simplement varié en fonction de la redéfinition institutionnelle des compétences des élus liée au mouvement de décentralisation.

Si l'on se réfère aux interprétations qui le mobilisent, il s'agit avant la décentralisation d'une qualification de la compétence d'élus relative au fonctionnement d'un dispositif institutionnel. Celui-ci est présenté comme obéissant à « une logique de régulation croisée » dans laquelle les conseillers généraux assurent « la coordination externe des échelons infra-départementaux et des échelons départementaux des appareils administratifs »⁸⁹.

Le rôle de « relais et de médiation » des conseillers généraux résulte du fait qu'ils sont considérés comme « les représentants de la *société civile* et les interprètes des besoins locaux... »⁹⁰ tout en développant « une intégration dans le dispositif d'administration départementale et dans les réseaux de pouvoir »⁹¹.

Cette conception est associée à celle évoquant une « tradition notabiliaire »⁹².

Avec la décentralisation, le registre demeure bien que les acteurs ne soient plus tout à fait les mêmes. Lorsqu'un conseiller général souhaite obtenir quelque chose pour son canton, il doit être en mesure d'intercéder auprès de l'institution départementale. Dans ce rôle d'intercesseur, le conseiller général, en adoptant par exemple une position de défenseur des intérêts cantonaux, doit faire usage d'un langage d'objectivation. Celui-ci lui permet de constituer l'émergence problématique des réalités cantonales pour les replacer dans la construction politique des priorités départementales. La pratique de la médiation se développe, chez l'élus, sur le fondement d'une compétence de traduction qui lui permet de

⁸⁸ Dans cette lecture nous sommes plus proche de *La lutte pour la reconnaissance* telle que l'a analysée A. Honneth.

⁸⁹ J-Y. Nevers, Congrès de l'A.F.S.P, Bordeaux, 5-8 octobre 1988, p. 2.

⁹⁰ J-Y. Nevers, *op. cit.*, p. 6.

⁹¹ J-Y. Nevers, *op. cit.*, p. 5.

⁹² A. Mabileau, « Les héritiers des notables », *op. cit.*, p. 96.

véhiculer l'émergence problématique d'une réalité sociale d'un cadre d'intercompréhension à un autre.

La compétence de traduction n'est pas suffisante, il faut aussi qu'elle trouve une réception. L'appartenance à la majorité ou à l'opposition départementale ne conditionne pas de la même façon l'accueil qui pourra être fait aux demandes d'un conseiller général.

Mais en obtenant, par la décentralisation, la signature de l'action publique, les conseillers généraux sont aussi plus exposés aux demandes des acteurs individuels et collectifs, particuliers ou associations qui prennent des initiatives dans les différents secteurs de la vie sociale et à ce titre, ils doivent développer « une capacité de mettre en contact » qui peut apparaître comme une nouvelle forme de légitimation de l' élu⁹³.

La proximité médiatisée

Constater que, dans leurs pratiques quotidiennes, les élus entretiennent un sens de la proximité n'a rien de nouveau. Peut-être doit-on souligner que le médecin généraliste, ancré dans son milieu, est parfois le mieux placé pour s'inscrire harmonieusement dans une perspective de proximité. Cependant, il ne faut pas ignorer que les indices de proximité ou d'éloignement sont essentiellement de nature cognitive⁹⁴. Par cette lecture, c'est la perception des administrés qui compte. C'est sur la base de ce constat que l'on peut comprendre pourquoi, depuis une vingtaine d'années, les élus locaux ont développé des politiques de communication qui s'appuient, implicitement, sur les registres de la familiarité et de l'accessibilité⁹⁵ qui ont toujours caractérisé le langage des relations entre les élus et leurs administrés : « l' élu doit gérer des situations de communication, produire des messages et activer des symboles, garantir que des pratiques sociales ont une signification politique et pour ce faire, créer et entretenir une multitude de relations qui assurent la communication d'un message fondamental – l' élu local est utile à la collectivité »⁹⁶. Le maire doit faire passer le message suivant lequel « à l'échelon de la commune, on travaille dans le concret dans le palpable. »⁹⁷ Si la « médiatisation est devenue une ressource symbolique du gouvernement local »⁹⁸ c'est précisément parce qu'elle a permis de construire une image de la proximité à partir des instruments auxquels les individus sont habitués. En ce sens aussi, l' élu participe à

⁹³ S. Trosa, *op. cit.*, p. 103.

⁹⁴ G-N. Fischer, *La psychosociologie de l'espace*, Q.S.J, PUF, p. 59.

⁹⁵ A. Schutz, *Le chercheur et le quotidien*, *op. cit.*, p. 187.

⁹⁶ *Le métier politique et la communication*, GEMEP, CRP de la Sorbonne, septembre 1990.

⁹⁷ J. Kryn, cité par Alain Faure, *op. cit.*, p. 71.

⁹⁸ A. Mabileau, « Les héritiers des notables », *op. cit.*, p. 100.

la structuration de la perception des individus par la production de signification disponible. Comme le soulignait M. Kesselman « le maire ne fait pas que prendre le pouls de l'opinion publique, il la forme »⁹⁹.

Cette médiatisation a aussi pour but de clarifier la reconnaissance individuée de la signature de l'action publique.

Pour l' élu c'est une nouvelle forme de compétence. Si sa crédibilité « est mesurée à la qualité et à l'ampleur des résultats dont il peut s'attribuer la paternité »¹⁰⁰, il lui appartient de mettre en œuvre les moyens de propagande censés influencer la perception des électeurs.

2.2 Des qualifications de la compétence d' élu

Il n'est pas inutile de souligner une différence dans les interprétations que les acteurs peuvent produire relativement à l'insertion de l'agir dans leur identité électorale. Il faut distinguer au moins deux niveaux d'analyse.

En se plaçant au premier niveau, on considère que les acteurs introduisent une conception de l'identité électorale dans laquelle la représentation que les électeurs s'en font est focalisée sur l'agir développé par le candidat. C'est la thèse qui souligne le « passage de la légitimité par la perpétuation – celle des notables – à la légitimité par l'action. »¹⁰¹ Cette interprétation met l'accent sur la pragmatique associée à une position et à une identité. Nous pouvons d'ailleurs remarquer que celle-ci est souvent utilisée par les élus dans une conception assez proche de celle que défend Hans Joas dans sa théorie de la *créativité de l'agir* ou de ce que dit Anthony Giddens lorsqu'il assimile le pouvoir à une *capacité transformatrice*. Lorsqu'un élu se présente sur la base d'un bilan ou d'un projet, il signifie de façon sous-jacente que sa conception de la position d' élu repose sur ce principe. La compétence est alors la catégorie à travers laquelle les électeurs perçoivent la sédimentation de l'agir public dans une identité individuelle.

Dans la deuxième lecture, l'agir public local est un objet de qualification. Les significations qui lui sont associées sont présentées comme légitimes parce qu'elles sont utilisées par les agents dans d'autres champs que celui qui leur a servi de cadre d'émergence. Elles sont employées dans le champ des représentations politiques comme elles peuvent l'être dans

⁹⁹ *Le consensus ambigu, op. cit.*, p. 155.

¹⁰⁰ *Le métier politique et la communication*, GEMEP, CRP de la Sorbonne, septembre 1990.

¹⁰¹ A. Mabileau, « Les héritiers des notables », *op. cit.*, p. 99.

d'autres contextes. Sur ce terrain là, il est difficile de parler d'autonomisation de la définition de la compétence politique.

La compétence d'élu doit aussi être conçue dans l'ensemble des significations disponibles. Mais cela ne se fait pas toujours directement. Les opérations de qualification de l'agir public local aboutissent à construire des conceptions de la compétence d'élu qui peuvent réapparaître sous différentes formes dans des contextes de mise en jeu de la légitimité des élus comme les élections locales. Nous reprenons ici la catégorisation en termes de « management local » parce qu'elle a contribué, dans les contextes que nous avons évoqués plus haut, à mettre en parallèle voire en concurrence les élus et les autres acteurs de l'agir public local. L'étude de cette catégorie est intéressante à plusieurs titres. La perspective retenue ici est que l'on a assisté à la convergence de pratiques sociales et de production de registres de légitimation. Il est difficile d'objectiver l'influence réelle de tel ou tel acteur ou la prépondérance d'un registre particulier dans cette évolution. Peut-être vaut-il mieux ici retrouver les lignes d'une interprétation qui par leurs croisements successifs conduisent à ce que nous pourrions qualifier de « manageorat local ».

Les bases signifiantes de ce registre ne se trouvent-elles pas dans les effets du statut accordé au langage économique¹⁰² depuis une vingtaine d'années. Le langage du management est directement associé à celui de l'entreprise, qu'il se rapporte au domaine financier ou à celui des relations de travail. Le registre de la professionnalité a connu un développement parallèle. Au cours de la même période, l'entreprise est aussi devenue un lieu de consensus idéologique entre les composantes de la configuration partisane. C'est une des actualisations du choix politique en faveur du libéralisme qui s'est produit depuis une vingtaine d'années en France et en Europe. Les registres s'emboîtent ainsi les uns dans les autres en prétendant à un degré de généralité. C'est en ce sens-là que l'on peut observer des changements dans ce que l'on appelle l'éthicité conventionnelle d'une société.

Il est ainsi devenu de plus en plus légitime de réduire les déficits budgétaires et donc d'orienter les politiques publiques dans le sens d'une plus grande efficacité comptable. Cela signifie l'introduction d'un registre « modernisation de l'Etat » pour tenter d'obtenir une plus grande satisfaction chez les administrés en réduisant les coûts de ces politiques. Cette exigence est déjà présente depuis la fin des années soixante avec la méthode de rationalisation des choix budgétaires (RCB) qui se limite à une perspective de régulation des flux. Elle

trouve son inspiration dans la méthode dite du PPBS proposée par R. Mac Namara en 1962 au Congrès américain. Ce cadre a permis l'émergence des premiers usages de la notion d'évaluation. Conformément à cette logique, la rationalisation, l'évaluation et l'atteinte des objectifs sont appliquées à la régulation de quantités financières. Nous nous demandons s'il n'y a pas sur ce dernier point la source d'une confusion sur l'usage qu'il est fait de la notion d'objectif. Il convient de distinguer ceux que l'on peut réaliser et ceux vers lesquels on peut tendre. La généralisation des procédures d'évaluation entretient cette confusion lorsqu'elle prétend mesurer des comportements humains, collectifs ou individuels, sur un critère de réalisation d'objectifs empiriquement vérifiables.

Malgré cela, les institutions publiques se sont engagées dans des politiques de réduction de la part des dépenses publiques dans le PIB entretenant par ce choix la crédibilité du registre suivant lequel elles sont capables de se montrer aussi efficaces en utilisant moins de moyens. La théorie du management est venue conforter cette option en postulant qu'une amélioration du fonctionnement des organisations permet de maintenir ce cap.

Progressivement, les responsables des collectivités locales se trouvent dans l'obligation d'adopter un discours conforme à celui qui est avancé à propos de l'Etat. Ainsi dans un premier temps parle-t-on de « notabilité modernisée »¹⁰³ pour expliquer que « les élus locaux sont passés de la fonction de représentation à celle de gestionnaire »¹⁰⁴. Il est affirmé que « la notabilité a en effet changé sous la pression économique et nécessite dès lors un aménagement de sa définition ».

De façon plus clairement exprimée, des élus locaux revendiquent « une légitimité managériale...qui va de pair avec la professionnalisation du métier politique »¹⁰⁵ faisant d'eux « des promoteurs d'actions et des producteurs de biens et de services. » L'élus est considéré comme « une sorte de super-décideur, quasi-chef d'entreprise, à la fois rationnel et managérial. »¹⁰⁶ On peut ainsi comprendre que « les prescriptions de rôles auxquelles répondent les élus sont aussi dépendantes de celles qui ont cours dans des institutions ou réseaux non proprement politiques »¹⁰⁷.

¹⁰² Voir la critique des usages métaphoriques du langage économique dans P. Hall, J. Hayward, H. Machin (dir.), « La science politique, l'Etat et la modernisation », L'évolution de la vie politique française, Paris, PUF, 1992, p. 394.

¹⁰³ D. Ferrari, P. Desjardins, *Les élections municipales de 1989 à Gradignan*, rapport de recherche séminaire vie locale, IEP de Bordeaux, 1989-1990, p. 59.

¹⁰⁴ D. Ferrari, P. Desjardins, *ibidem*.

¹⁰⁵ A. Mabileau, « Les héritiers des notables », *op. cit.*, p. 100.

¹⁰⁶ S. Trosa, *op. cit.*, p. 99.

¹⁰⁷ J-L. Briquet, « Communiquer en actes. Prescriptions de rôle et exercice du métier politique », *Politix* n°28, 1994, p. 26.

Cette évolution des conceptions de la compétence d' élu indirectement issues d'un système de légitimation plus large et plus complexe est encouragée par deux séries de phénomènes.

Si la question de savoir « quels groupes ont intérêt à entretenir et à systématiser ces registres, et notamment à les transcrire en conseils, en répertoires de comportements, voire en théorie de l'agir politique »¹⁰⁸ est posée, il ne fait pas de doute que « les professionnels de l'expertise et du conseil – plus connus sous le nom de consultants – ont investi dans les années quatre-vingt le marché du conseil auprès des collectivités locales... »¹⁰⁹ Les représentants de la sociologie des organisations ont joué un rôle clef dans le développement du management local à partir d'un projet visant à faire de cette théorie « un mode de raisonnement pour comprendre la complexité et pour maîtriser l'incertitude dans un monde et pour un public qui ont le nez rivé sur les impératifs de l'action quotidienne et de l'urgence »¹¹⁰ tout en admettant que « le savoir savant est acceptable dans la mesure où il ne met pas en cause, qu'il le veuille ou non et face à des tiers, le statut de la compétence du maire. Car celle-ci procède par nature de la légitimité du suffrage universel. »¹¹¹

La deuxième lecture que l'on peut faire consiste à admettre que ces pratiques et registres de légitimation interviennent dans la formation de la décision électorale. Pour nous cette pratique n'est pas seulement un système de signification plus ou moins légitime pour un nombre plus ou moins grand d'individus. Il est aussi celui sur lequel viennent se construire des pratiques sociales qui tendent à mettre en comparaison les collectivités locales sur le critère du bon « management ». C'est ainsi que se met en place une « logique de palmarès », permettant une comparabilité des « performances » des collectivités locales sur le seul critère de la gestion. Les résultats de ces comparaisons peuvent être utilisés dans les campagnes électorales. Il ne doit pas être très positif pour un élu de voir un des ces concurrents faire état d'un mauvais résultat dans cette compétition, mais à l'opposé on peut aussi assister à « la mise en scène de la bonne gestion comme ressource politique »¹¹². Bien entendu, il est difficile d'objectiver l'influence de ces facteurs sur la décision des électeurs. Mais il est possible de vérifier l'adoption de cette conception par les élus à travers les discours qu'ils produisent. En exprimant leurs préoccupations, ils réalisent un travail de qualification implicite de leur compétence.

¹⁰⁸ J. Lagroye, « Etre du métier », *Politix* n°28, 1994, p. 7.

¹⁰⁹ O. Roubieu, « Le modèle du « manager ». L'imposition d'une figure légitime parmi les hauts fonctionnaires des collectivités locales », *Politix* n°28, p. 36.

¹¹⁰ J-C. Thoenig, « Savoir savant et gestion locale », *Politix* n°28, 1994, p. 75.

¹¹¹ J-C. Thoenig, *op. cit.*, p. 76.

¹¹² O. Roubieu, *op. cit.*, p. 46.

Le registre de la comparabilité a été utilisé pour justifier la réduction d'activité d'hôpitaux implantés dans des petites villes. On se souvient que le livre blanc produit par l'Association des petites villes de France a opposé une analyse sérieuse à l'enquête proposée par une revue de vulgarisation scientifique. Ce travail a prouvé que les modes de construction de la comparaison étaient pour une bonne part erronés.

Mais l'intérêt de ce constat réside selon nous ailleurs. Il permet de comprendre la construction d'une chaîne de significations à partir de l'émergence problématique de réalités sociales. D'un côté il y a des institutions publiques qui décident de réduire leurs coûts de fonctionnement pour diminuer la part des prélèvements obligatoires dans la PIB. Un discours de légitimation s'élabore sur l'Etat, dans un premier temps, puis, par mimétisme, sur l'ensemble du secteur public. Pour être légitime ce discours doit trouver l'assentiment de l'électorat, il doit donc relier cette baisse des prélèvements obligatoires à une baisse des impôts pour l'ensemble des citoyens. En même temps, les élus ne peuvent pas accepter une diminution de la qualité des services produits par les institutions publiques, ils construisent un discours sur la « modernisation de l'Etat » qui soutient qu'avec une « meilleure gestion » des moyens existants, il peut être fait aussi bien. Pour atteindre ces objectifs, il faut appliquer aux institutions publiques des modes de gestion utilisés dans le secteur privé. On se réfère à ce moment là au « management social » et à « l'évaluation », parfois présentée comme une « thérapie »¹¹³, des politiques publiques. Ainsi, ces significations disponibles appellent a posteriori une lecture systémique parce qu'elles s'expriment dans des pratiques sociales et dans la construction intersubjective des rhétoriques de légitimation. Perçues dans une perspective systémique, elles paraissent s'enchâsser les unes dans les autres alors qu'elles se sont développées dans le désordre symbolique et matériel de la vie humaine. Nous devrions nous interroger, par exemple, pour comprendre comment de son statut initial de méthode de quantification, l'évaluation est devenue une posture légitimée par le caractère de généralité qui lui est attribué. Les significations produites sont interprétées et reformulées continuellement par les être humains. Nous avons montré dans le chapitre 1, puis dans le chapitre 3, que la perspective bio-thérapeutique associée à la position sociale de la profession médicale s'insère dans le cadre d'expérience politique suivant certaines modalités. Elle peut se traduire par des dispositifs institutionnels, et des registres de légitimation adoptés par les acteurs politiques. Ces derniers l'endossent et la réinterprètent en fonction des propriétés du cadre d'expérience politique. Une analyse comparable est possible pour ce qui est de l'insertion de la perspective economiciste dans le cadre d'expérience de l'agir public local.

¹¹³ P. Duran, *op. cit.*, p. 189.

Les élus locaux s'y adossent et la reconstruisent dans le sens des propriétés de leur contexte d'agir.

2.3 Les transformations de l'agir public local et la compétence des élus

Les transformations de l'agir public local ne se résument pas aux seuls effets de la décentralisation tels qu'ils viennent d'être présentés. En se référant aux processus accompagnant la mise en place d'une perspective bio-thérapeutique dans l'espace urbain, il est possible de montrer que la multiplicité des acteurs et des procédures constituant l'agir public local conduit à une nouvelle formulation partielle de la compétence d' élu local.

Cette évolution est liée aux changements qui affectent la position des élus locaux dans l'espace que les collectivités locales ont à administrer.

En premier lieu, les politiques nationales en matière de santé publique ou de développement social contribuent à renforcer la dimension locale de l'agir public. Le territoire apparaît comme un lieu de recomposition de l'action publique selon des modalités variables suivant les contextes. Il ne s'agit pas seulement de l'espace limité d'une ville ou d'un département, il peut aussi être question d'une pluralité d'espaces au sein de chacune de ces unités. Le rapport local / global est donc autant celui qui lie une ville à l'Etat que l'un de ses quartiers avec elle-même. Or l'affirmation de cette dimension locale des actions publiques induit un renforcement de la position électorale dans ce contexte puisque les élus locaux reçoivent leur délégation dans une finalité de gestion de cette espace. Mais quels peuvent être leurs positionnements successifs dans un « mouvement de déhiérarchisation et de décloisonnement de l'action publique »¹¹⁴, qui voient se rencontrer les initiatives des collectivités locales, celles des administrations d'Etat, et celles des acteurs privés ? Ils se situent selon plusieurs orientations.

Ils peuvent s'indexer sur le registre de la proximité pour affirmer leur capacité à régir l'espace local dont ils ont la charge.

Ce cadre d'expérience se constitue à partir d'un mode de gestion spécifique de l'espace local centré sur le traitement des problèmes repérés à travers des populations et des dysfonctionnements sociaux. L'aspect remarquable est que l'action publique trouve son point de départ dans la survenance problématique « de problèmes qui ont une certaine visibilité sur

¹¹⁴ J-C. Guyot, « Les municipalités face aux nouveaux enjeux de la santé publique », dans *La santé publique. Un enjeu de politique municipale*, op. cit., p. 84.

l'espace public, produisant des effets de désorganisation de la vie sociale, avec des risques de diffusion à des parties de plus en plus importantes du corps social local »¹¹⁵.

La localisation des problèmes peut faire courir le risque de délégitimation aux municipalités car « l'apparition et surtout la pérennisation de la misère de rue bien localisée, même si elle n'est pas imputable à une municipalité, la fragilise, car elle peut laisser insinuer qu'elle ne maîtrise pas convenablement les outils de régulation du territoire qu'on lui a confiés par l'élection »¹¹⁶.

C'est en ce sens que « l'investissement dans la prévention découle donc du risque que le centre perçoit comme venant des marges »¹¹⁷.

Dans l'espace urbain, les élus sont ainsi conduits à relier des problèmes cernés dans une perspective spécifique à la perspective de leur position manifestée en terme d'ordre public ou d'organisation du développement local.

L'adoption d'une entrée « santé » permet de « spécifier et de qualifier les objectifs de développement »¹¹⁸ surtout dans les villes qui bénéficient d'un contrat ville.

Le modèle d'action développé dans le cadre de la perspective bio-thérapeutique s'indexe sur des catégories proches de celles de l'agir public local, en faisant de la proximité une échelle de construction des problèmes qui reste cohérente avec le système de reconnaissance des sujets, en vigueur dans l'espace considéré. Elle réactive les conditions de l'action thérapeutique en terme d'urgence et d'immédiateté¹¹⁹ catégories qui recourent celle de la proximité largement véhiculée dans l'espace local.

La deuxième orientation porte sur le mode de construction des objets politiques qualifié parfois de « politique de problèmes ».¹²⁰ L'agir public local trouve ses origines dans une segmentation de la réalité sociale et politique où les éléments constituent leur émergence sur leur degré de signalement. Ne devient alors objet de politique que ce qui est capable de s'inscrire dans l'agenda des préoccupations politiques. Cette lecture n'est pas éloignée d'une interprétation du langage thérapeutique qui affirme l'existence d'une dichotomie normalité / pathologie suivant l'analyse que proposait Durkheim au début du vingtième siècle. Selon

¹¹⁵ F. Bertolotto, *op. cit.*, p. 72.

¹¹⁶ E. Le Grand, M. Lussault, « La santé dans l'espace public. L'expérience de l'entr'aide ouvrière et son inscription dans le contrat de ville à Tours », *Les annales de la recherche urbaine*, n°73, 1996, p. 45.

¹¹⁷ A. Lovell, I. Feroni, « Sida-Toxicomanie : un objet hybride de la nouvelle santé publique à Marseille », dans *Les figures urbaines de la santé publique*, *op. cit.*, p. 223.

¹¹⁸ F. Bertolotto, *op. cit.*, p. 72.

¹¹⁹ D. Fassin, *Les figures urbaines... op. cit.*, p. 24.

¹²⁰ P. Warin, « Réguler n'est pas diriger. La politique de la ville sans conduite locale ? », *Pôle sud*, n°4, mai 1996, p. 33-45.

cette interprétation, l'action publique se déroule comme une succession d'actions réparatrices de situations portant atteinte aux normes de la vie collective.

Suivant une ultime orientation, la compétence des élus est modifiée par les contraintes nouvelles du cadre d'expérience politique local. La diversité des acteurs et des actions publiques, l'implication croissante des acteurs privés s'accompagnent d'une « redistribution des responsabilités publiques et d'une redéfinition des normes d'exercice de ses responsabilités »¹²¹. Les élus locaux se trouvent impliqués dans des systèmes d'action où ils ne sont pas les seuls à détenir l'initiative des actions publiques. Les pôles d'autorité ne se construisent plus uniquement par rapport aux hiérarchies institutionnelles mais relativement à la mise en œuvre de nouveaux programmes d'action¹²². Cette évolution implique une évolution de la compétence d' élu supposant une « adaptation des pratiques institutionnelles par apprentissage collectif de nouveaux critères d'action »¹²³. Elle demande aux élus « un ancrage plus fort, à leur niveau, de l'arbitrage général des initiatives et du contrôle des actions »¹²⁴ tout en leur imposant de valoriser les relations partenariales qui peuvent altérer leur position hiérarchique dans l'espace local.

La compétence d' élu devient alors une capacité « d'articulation des niveaux de décision et de gouvernement de l'action »¹²⁵ privilégiant « le pilotage réticulaire des interventions »¹²⁶ et le management participatif¹²⁷.

¹²¹ J.-C. Guyot, « Les municipalités face aux nouveaux enjeux de la santé publique », dans *La santé publique. Un enjeu de politique municipale...* *op. cit.*, p. 86.

¹²² P. Warin, *op. cit.*, p. 35.

¹²³ P. Warin, *op. cit.*, p. 39.

¹²⁴ *ibidem*.

¹²⁵ P. Valarié, « Gouverner l'archipel urbain. Actions et réseaux de santé publique à Béziers », *op. cit.*, p. 82.

¹²⁶ *Ibidem*.

¹²⁷ *Ibidem*.

Conclusion

Dans ce chapitre, nous nous sommes efforcé de montrer que la permanence des positions occupées par les médecins élus locaux ne signifie pas que la compétence qu'ils expriment dans leurs positions électorales soit identique à travers le temps. Comme tous les élus, les médecins sont confrontés à un cadre d'expérience dont les propriétés évoluent. Les positions qui leur sont reconnues ne découlent pas uniquement de leur appartenance professionnelle mais des contextes particuliers qui actualisent les propriétés du cadre d'expérience politique. Dans un département, ils seront dans les instances dirigeantes parce qu'ils appartiennent aux réseaux qui influencent la désignation des agents pour ces positions. Ailleurs, ils n'y figurent pas parce qu'ils sont affiliés à l'opposition départementale. Parfois, ils peuvent appartenir à la majorité mais les leaders partisans ne leur laissent pas la place qu'ils pourraient souhaiter. Le flou partisan peut aussi leur permettre de faire valoir leur singularité mais, là aussi, ce sont les propriétés du cadre qui permettent l'émergence de ce type de processus.

La position reconnue à un médecin dans une institution représentative locale ne découle donc pas de son identité professionnelle mais de sa compétence à s'insérer dans le cadre d'expérience politique local.

Chaque position obtenue confère une perspective sur l'agir public local qui a sa spécificité. Le médecin qui y accède doit donc intégrer les lignes de cette perspective. La reconnaissance de sa compétence par les autres acteurs du cadre suppose chez lui une intériorisation réussie de cette perspective. Or si nous pouvons constater une permanence dans la présence quantitative de médecins élus locaux, nous ne pouvons pas dire que ce qui entre dans les perspectives associées aux positions d'élu est resté immuable. Au contraire, les changements intervenus dans l'agir public local depuis le début de la Cinquième République ont des incidences sur les perspectives associées aux positions d'élus et sur la compétence attendue d'eux. Il nous semble que la capacité des médecins à intégrer la perception de ces changements est plus significative que ce qui pourrait résulter de prédispositions professionnelles. De plus l'occupation répétée des positions conduit à la formation d'une compétence tacite par le processus de routinisation¹²⁸ qui atténue encore la portée de ces prédispositions.

¹²⁸ A. Giddens, *La constitution de la société*, op. cit., p. 109.

Mais les positions d'élus ne se réduisent pas aux perspectives qu'elles portent. Elles sont aussi un lieu à partir duquel, les élus participent à l'agir public local. Dans ce domaine aussi nous avons vu que l'agir public local avait connu des transformations auxquelles les médecins élus locaux ont dû s'adapter. Le mouvement de décentralisation attribué aux représentants des institutions locales l'autorité et l'auctorialité de l'agir public en modifiant la configuration des positions en son sein. Le déplacement du pouvoir départemental du préfet vers le président du Conseil général induit pour les médecins un positionnement en direction des équipes dirigeantes. À ce moment-là, les alignements partisans paraissent plus pertinents que la revendication d'une identité professionnelle.

La mise en place de la décentralisation a initié un processus de complexification croissante de l'agir public local que l'on peut mesurer à l'augmentation des acteurs impliqués dans la conception et la mise en œuvre des actions publiques. L'augmentation de la fonction publique territoriale d'encadrement en est un des éléments. Les élus sont aussi accompagnés dans leur tâche par des collaborateurs non-fonctionnaires associés, à des degrés plus ou moins apparents à la conception et l'organisation de la gestion publique. L'extension croissante des champs d'intervention des collectivités locales renforce la dimension organisationnelle de la gestion locale comme l'atteste le développement de l'intercommunalité. Ces changements conduisent à s'interroger sur la compétence relative des élus locaux par rapport aux autres acteurs de l'agir public local. Cette question recoupe un domaine de réflexion relativement complexe. En premier lieu, nous savons que dans le système de légitimation de la démocratie représentative les élus ont la responsabilité de l'agir public. Les élus locaux, à la différence des autres élus, entretiennent une relation physique avec le territoire dont ils ont la charge. Or l'extension du domaine de l'agir public local complexifie le réseau de ses intervenants et opacifie la perception de la décision publique. Cette situation ne risque-t-elle pas de fragiliser la position des élus à l'égard de leurs électeurs ?

D'un autre point de vue, nous nous demandons si dans cette réalité la compétence des acteurs ne devient pas un objet de construction intersubjective, là, où elle est présentée selon un registre d'objectivation. Quelles que soient les définitions qui peuvent être données, le fonctionnement de l'agir public local passe par des ajustements pratiques quotidiens dont il est difficile de rendre compte.

Conclusion générale.

Parvenu au terme de cette réflexion, nous tenterons d'apporter des éléments de réponse au questionnement induit par notre engagement de thèse. Avec cette notion, nous indiquions qu'il nous paraissait difficile de disjoindre les éléments constitutifs de la problématisation de l'objet de recherche de ceux qui relèvent de la constitution d'un positionnement par rapport à celui-ci. L'ensemble des relations qui se nouent entre ces deux pôles établit le contenu d'un engagement de thèse. Dans ce projet, notre démarche ne consistait pas seulement à envisager une lecture critique des catégories que nous jugeons utile d'interroger, elle impliquait aussi de retrouver les lieux du politique auxquels ces catégories nous renvoyaient à travers les différents usages qui pouvaient en être fait. Le fondement de notre itinéraire était peut être une tentative de conciliation entre la nécessité critique et l'exigence topique.

Ainsi nous ne sommes parvenus à l'architecture finale de notre réflexion qu'après avoir examiné les différents registres auxquels nous renvoyait la conception notabiliaire, très souvent invoquée lorsqu'il s'agissait des médecins élus locaux. La situation électorale nous est alors apparue comme le point d'articulation autour duquel pouvait être appréhendée la question des médecins élus locaux. Elle correspond au contexte dans lequel les électeurs ont à choisir entre les identités qui leur sont soumises. Ces électeurs se déterminent aussi en fonction de la participation éventuelle de ces candidats à l'agir public local à partir des positions électives qu'ils occuperont. Ces positions institutionnelles sont des lieux du pouvoir politique local, le pouvoir étant ici compris comme une capacité transformatrice et un mode de domination. Notre réflexion a distingué ce qui relève de l'identité électorale et ce qui est plus lié à l'implication des médecins dans l'agir public local. L'étude de l'identité électorale des médecins élus locaux a constitué la première étape de cette réflexion. D'après l'étude des résultats des élections municipales et cantonales la présence des médecins dans les exécutifs locaux, d'un point de vue quantitatif, est régulière et parfois significative. Leur proportion varie entre 10 et 30 % pour l'ensemble des élus cantonaux. Elle est plus faible mais toujours supérieure au pourcentage de cette profession dans la société française quand il est fait

référence aux élus municipaux. Cette dimension quantitative peut-elle constituer un facteur explicatif suffisant ? L'admettre peut conduire à adopter implicitement la thèse de l'éligibilité naturelle des médecins telle qu'elle est présente dans la conception notabiliaire. Nous n'avons pas fait ce choix pour deux séries de raisons. En premier lieu, cette conception repose sur une représentation homogénéisante de la profession médicale qui ne paraît pas satisfaisante. En second lieu, parce qu'elle ne permet pas de réfléchir sur la variété des contextes électoraux dans lesquels se constitue l'éligibilité des médecins.

Il n'est pas possible de faire l'impasse sur la prise en compte du rôle de médecin car il est le moyen par lequel se constitue une présence sociale susceptible de se transformer en identité électorale. Loin de s'en tenir à une approche, qualifiée par nous de typificatrice, il convient de concevoir ce rôle professionnel en partant de la diversité de ses modes d'exercice. Chaque contexte d'exercice définit des espaces de reconnaissance où se constitue la présence sociale puis l'éligibilité du médecin. La sociologie interactionniste des professions met l'accent sur cette dimension et permet d'associer la reconnaissance d'un agir sédimenté à la constitution d'une identité. La compétence mise en œuvre dans l'exercice de son rôle par un médecin dépend autant de ses conceptions que des attentes formulées par ses patients. Lorsque ces derniers se réfèrent à l'identité du médecin, ils se basent sur une compétence exprimée qui ne se limite pas aux prescriptions institutionnelles du rôle. Dans le cadre d'une relation thérapeutique peuvent se construire des processus de reconnaissance croisés mettant en jeu l'identité individuée des sujets. De ce point de vue, la neutralité affective associée à la conception professionnelle parsonienne paraît plus normative que réaliste. En tout état de cause, il semble plus pertinent de partir d'une pluralité de rôles de médecin pour étudier les effets de l'appartenance professionnelle sur l'identité électorale des médecins élus locaux. Cela nous permet de montrer que l'exercice du rôle professionnel ouvre sur des espaces de reconnaissance de la personnalité du médecin qui constituent la base de son éligibilité. Les trajectoires électives des médecins sont ainsi déterminées par la nature de ces espaces et leur degré d'intégration. Dans certains contextes, un médecin généraliste parvient à incarner son espace d'élection parce qu'il coïncide plus ou moins avec son espace professionnel. En d'autres lieux, la position dans l'espace professionnel permettra à un de ses confrères d'imposer sa personnalité ou de faire en sorte qu'elle soit reconnue légitime. Ce sont les capacités du médecin à intérioriser les propriétés de l'espace politique local et à s'y adapter qui conditionnent sa réussite dans une trajectoire électorale plus ou moins complexe. C'est ainsi que les médecins sont conduits à se positionner par rapport aux structures partisans qu'elles s'expriment à travers des réseaux plus ou moins formels et selon des clivages plus ou moins

tranchés. Parfois, une position élevée dans la stratification symbolique de la profession et une présence sociale ne suffisent pas pour s'affranchir des contraintes partisans. Les médecins élus locaux, pour un grand nombre d'entre eux, semblent très attachés à une présentation individuée de leur identité électorale. Mais une propriété commune n'a pas valeur d'indicateur synthétique et encore moins de représentation réductrice. Cette individuation s'exprime d'ailleurs de façon différenciée. Soit parce que les médecins s'inscrivent dans un courant libéral qui place l'individu au cœur de l'idéologie politique, soit parce qu'ils entendent toujours marquer une distanciation vis-à-vis des contraintes du fonctionnement partisan, soit enfin parce qu'ils préfèrent se positionner dans des registres partisans suffisamment flous pour que leur personnalité apparaisse davantage dans leur identité électorale. Il demeure donc que par rapport au phénomène partisan, les médecins tendent à préserver le « sense of one's self » autant que le « sense of one's place ».

L'élément individualiste qui se trouve à la base d'un choix professionnel se trouve ainsi confirmé par les modalités de l'engagement électoral.

Cependant, si les rôles de médecin nous permettent de retrouver une partie des lignes constituant leur identité électorale sont-ils suffisants pour en circonscrire les limites ?

Le médecin candidat à une élection locale tire de son appartenance professionnelle un rapport d'incarnation qui n'est pas seulement celui de la profession médicale.

La profession médicale renvoie à un ensemble de réalités matérielles et symboliques qui ne peut être saisi à partir d'une perspective focalisée sur ses représentants. Il convient de clarifier les liens entre d'un côté les médecins et de l'autre un ensemble complexe de réalités allant du souci individuel et collectif de préservation de la santé à l'existence d'une institution médicale présente dans tous les secteurs de la vie sociale. L'identité sociale attribuée aux médecins résulte-t-elle de leur patrimoine symbolique et matériel ou du fait qu'ils incarnent un univers de sens et de réalités sociales qui a lui-même une place spécifique dans la vie de la société ? Ce qui est incarné est plus significatif que ceux qui incarnent. La consistance de l'univers social autour de la santé confère à la profession médicale une position sociale. Cette position sociale ouvre une perspective sur la société. Celle-ci circonscrit dans son espace de perception une partie du champ social lorsque par exemple est évoqué le secteur de la santé. Mais elle n'est pas que cela. Elle définit une façon de lire la société à travers un langage qui n'est pas seulement celui de la médecine mais un langage social qui se donne pour intention générale le soin de la vie. Selon cette conception, le langage de la perspective bio-thérapeutique se construit socialement à partir des représentations individuelles et collectives qui varient suivant les époques. Le registre de la médicalisation évoqué pour retracer l'évolution des

comportements en matière de santé à l'époque contemporaine en est un des exemples. Nous avons montré que certaines conceptions du langage de la médecine peuvent alimenter ces processus.

Il est apparu utile de préciser que cette perspective peut être adoptée par des acteurs qui ne sont pas les médecins. Michel Foucault dans sa théorie du bio-pouvoir soutient la thèse que le pouvoir politique l'a adoptée pour la réinterpréter selon ses finalités propres. Le développement de l'Etat-Providence ne s'inscrit-il pas dans la confirmation de cette proposition ? Les institutions locales reproduisent partiellement l'assimilation de la perspective bio-thérapeutique par la puissance publique, que ce soit dans le sens d'une conception de santé publique ou dans celui plus extensif d'une relation étroite entre le sanitaire et le social.

La perspective associée à la position sociale de la profession médicale peut être adoptée par des acteurs individuels et collectifs dans une visée autant holiste qu'individualiste. Cette densité s'explique par le fait qu'elle produit le langage d'une compétence d'acteur déduit d'une modélisation de la compétence associée au rôle de médecin. Langage d'une perspective au service d'une position à partir de laquelle peut se développer une capacité transformatrice fondée sur un système de justification. C'est précisément sur ses bases que des médecins ont pu s'insérer dans le cadre d'expérience politique en essayant d'y faire valoir la perspective associée à leur position. À travers les exemples du courant hygiéniste et de la médecine humanitaire, il apparaît que cette perspective peut être portée par des médecins dans le sens de l'altération des propriétés de ce cadre avant d'être assimilée par les autres acteurs avec des intentions qui leur sont propres. C'est le travail d'interprétation qui permet l'intégration de la perspective bio-thérapeutique aux orientations politiques. Par exemple, si nous nous situons dans le domaine de la production du sens politique, nous pouvons remarquer que la mise en relation de cette perspective avec l'idéologie des Droits de l'Homme au cours des années quatre-vingts a permis l'élaboration d'une doctrine humanitaire qui concerne autant la protection des droits fondamentaux que l'urgence médicale. Nous pouvons aussi mesurer chaque jour l'intervention des associations humanitaires en faveur des personnes vivant dans la misère. L'assimilation de la perspective bio-thérapeutique par le cadre d'expérience politique ne doit pas se mesurer uniquement à sa production de sens, elle s'exprime aussi par des constructions institutionnelles et des pratiques sociales individuelles et collectives.

À ce stade de notre réflexion, il nous semble utile de formuler quelques éléments de conclusion provisoire.

Premièrement, il faut se demander s'il n'existe pas un effet de tropisme qui conduit à focaliser le regard et le questionnement sur un acteur, la profession médicale, alors que le plus significatif est peut-être la perspective associée à la position qui lui est attribuée. D'un point de vue plus général, lorsque nous décidons de réfléchir sur des acteurs ne devons-nous pas essayer d'accéder à l'intelligibilité de la position d'où ils expriment leurs rôles pour reconstruire les perspectives qui sont les leur ? Pouvons-nous circonscrire la densité signifiante et matérielle de la perspective économiciste à partir d'un regard centré exclusivement sur les chefs d'entreprise ?

L'acteur ne doit pas être l'arbre qui cache la forêt mais celui qui nous dit qu'elle existe. Il est une réalité indispensable mais insuffisante.

Deuxièmement, les perspectives associées aux positions sociales peuvent pénétrer le cadre d'expérience du politique et être interprétées par ses acteurs. Il n'est pas suffisant d'observer la présence des médecins dans le cadre d'expérience politique local, il faut aussi comprendre comment se traduit la perspective associée à leur position dans la vie politique locale. Le cadre d'expérience du politique peut accueillir des perspectives émanant d'autres positions dans la société. L'exemple le plus parlant sur ce point n'est pas nécessairement celui qui est étudié dans la thèse. La perspective économiciste, notamment lorsqu'elle se réfère au modèle entrepreneurial, a pénétré la production du sens politique jusque dans l'organisation des administrations publiques. Les notions de management, d'évaluation, d'efficacité sont des catégories directement issues de ce modèle. Si le cadre d'expérience du politique peut être pénétré par des perspectives dont les objets et les intentions sont différents des siens ne convient-il pas de s'interroger sur la consistance des perspectives associées aux positions du politique ?

Cette question peut être reliée à une réflexion plus générale sur les relations entre l'éthicité conventionnelle¹ d'une société et les systèmes de légitimation insérés dans les perspectives du cadre politique.

La réflexion sur la position sociale² attribuée à la profession médicale permet de clarifier deux axes d'intelligibilité. Le premier nous permet de comprendre que les effets de l'appartenance professionnelle sur l'identité électorale des médecins élus locaux ne peuvent être lus uniquement à partir d'une perspective centrée sur un rôle exercé par des acteurs. Le second

¹ Nous empruntons cette notion à la thèse développée par Axel Honneth dans son ouvrage *La lutte pour la reconnaissance*.

² Nous avons indiqué à plusieurs reprises dans la thèse que nous reprenions la conception soutenue par Anthony Giddens même si au cours de notre réflexion nous avons conféré à la notion de position un ensemble de définition plus large.

conduit à préciser l'ensemble de définition de la notion de position. L'accession à une position est le résultat du croisement de deux processus : celui qui matérialise l'intention d'un acteur d'y accéder et celui qui exprime la reconnaissance de la légitimité de cette intention chez les autres agents. Cette reconnaissance s'établit sur la mise en équivalence entre la représentation de l'agir sédimenté dans l'identité individuelle et l'agir attendu de la position. L'entrée de l'individu dans une position signifie pour lui l'insertion dans une perspective qui existait avant lui mais qu'il est conduit à interpréter comme tous les autres agents qui se trouvent dans la position. Elle implique aussi la participation à l'agir qui peut s'y développer, et devient empiriquement mesurable à partir d'un certain nombre de rôles. C'est sur la base de cet ensemble de définition que se construit une réflexion sur les positions électives occupées par les médecins élus locaux.

Pour comprendre les relations entre l'univers professionnel de la médecine et celui de la vie politique locale, il faut montrer que ce qui est mis en équivalence lors d'une élection locale trouve ses prolongements dans l'implication des médecins élus dans l'agir public local. Les électeurs choisissent leurs élus en fonction de ce qu'ils savent de leur compétence, l'agir sédimenté dans l'identité, et de ce qu'ils savent de la compétence associée à la position institutionnelle qui constitue l'enjeu du scrutin. Certes il s'agit là d'une construction théorique qui ne doit pas dissimuler la très grande hétérogénéité de la compétence électorale.

Partant de cette formulation générale, il n'est pas aisé d'aborder la diversité des engagements des médecins dans les institutions politiques locales. Peut-il exister des points communs entre un médecin ne détenant qu'un mandat de maire dans une commune rurale et un de ses confrères cumulant des mandats locaux avec des positions plus ou moins significatives dans un Conseil général ?

La réalité de l'agir public local est soumise à des facteurs de permanence et de changement. Ce constat a trois implications majeures relativement à notre problématisation en terme de situation électorale. Les attentes des électeurs en matière de compétence d'élu doivent varier. Lorsque les médecins accèdent à des positions d'élu le contenu de leur perspective varie. Quand ils participent à la mise en œuvre de l'agir public local, ils le font dans un cadre d'expérience où les positions des différents acteurs évoluent.

Le fait que la présence quantitative des médecins dans les institutions politiques locales demeure importante sur les trente années qui constituent le cadre temporel de notre étude doit-il exprimer une stabilité dans les modalités d'engagement des médecins élus locaux ?

Nous avons tenté de répondre à ces interrogations en recherchant les éléments de continuité, de complémentarité ou de rupture entre l'exercice professionnel du médecin et l'agir qu'il développe suivant les positions électives qu'il occupe.

L'engagement des médecins élus dans les institutions locales peut se lire comme le prolongement de leur activité professionnelle lorsqu'ils se retrouvent dans le secteur spécialisé de l'action sanitaire et sociale. Il peut aussi être présenté comme un positionnement comparable à celui de tous les élus.

Suivant la première lecture, les médecins revendiquent une forme de continuité entre leur activité professionnelle et leur mandat d'élu. Dans ce cas, leurs arguments reposent souvent sur une association des questions sanitaires aux questions sociales reprenant ainsi ce qui a été dit des relations entre la construction sociale d'une perspective bio-thérapeutique et les potentialités du langage associé à l'institution médicale. Mais cette continuité peut se mesurer d'autres façons. Chez les électeurs qui dans leur rôle de patient peuvent rencontrer un certain type de compétence entre médical et social. Chez les autres élus qui reconnaissent aux médecins la compétence à figurer dans un secteur particulier de l'agir public local. Cette continuité est possible parce que le cadre d'expérience politique local a intégré dans sa configuration institutionnelle une traduction partielle de la perspective bio-thérapeutique. Ce sont les propriétés du cadre d'expérience politique local qui habilitent cette continuité. Lorsque ces propriétés changent la continuité demeure mais sous des modalités de compétence d'acteurs différentes. Ainsi pour la période antérieure à la décentralisation la perspective ouverte par la position de conseiller général est plus large en matière sanitaire et sociale que ce qu'elle sera après la décentralisation alors que l'institution départementale n'a pas l'autorité de la décision publique dans ce domaine. La reconnaissance de la compétence des médecins découle de leur capacité à figurer dans un ensemble de réseaux administratifs rendant les deux secteurs contigus. La réussite de la compétence exercée par eux dépend de leur position par rapport aux instances décisionnelles : Préfet, Directeur des affaires sanitaires et sociales.

Après la décentralisation, la répartition des compétences aboutit à centrer la perspective associée à la position de conseiller général sur l'aide sociale et peu sur les questions de santé même si quelques années plus tard cette question réapparaît avec le volet santé du RMI. Les conseillers généraux n'ont pas encore clairement intériorisé cette évolution. Il n'est pas inutile de rappeler qu'avec la décentralisation, la perspective d'élu doit intégrer l'autorité et l'auctorialité de la décision publique. La responsabilité budgétaire de l'action sociale implique pour les médecins comme pour les autres élus une indexation de leur agir individuel sur les

contraintes de l'agir collectif. Dans ce cadre, nous avons vu que les représentations des médecins élus locaux ne varient pas en fonction de leur identité professionnelle mais de préoccupations qui sont celles des autres élus. Suivant qu'ils se trouvent ou non dans la majorité départementale, ils insisteront plus ou moins sur les impératifs de gestion, suivant leur affiliation partisane ils insisteront à des degrés variables sur la solidarité. En situant la question de la continuité de la compétence des acteurs dans le cadre d'expérience politique départemental, nous sommes arrivés progressivement à la conclusion qu'elle se décline moins en termes de relations entre un habitus professionnel et la compétence d'élu qu'en termes de continuité d'une compétence avec un secteur institutionnel de l'agir public local. C'est bien le seul point qu'il semble possible d'objectiver.

Cette lecture est confirmée par l'analyse de l'espace communal. L'histoire des villes en matière de santé publique correspond à une réalité très hétérogène. Dans celles qui ont mis en place les outils institutionnels d'une politique de santé publique, ce sont les choix politiques qui sont déterminants, et non l'intervention des membres de la profession médicale. Quand ces derniers interviennent ce n'est pas seulement en tant que médecins, mais en tant que médecins ayant des convictions politiques ou des engagements sociaux. La réactivation récente de la perspective bio-thérapeutique dans l'espace urbain confirme l'idée que l'hypothèse de continuité des compétences n'est pas une ligne générale d'interprétation suffisante si elle est envisagée du seul point de vue de l'identité des individus. D'une part, la perspective peut être adoptée par un grand nombre d'agents qui l'interprètent suivant leurs positions et qui se trouvent en concurrence avec la profession médicale sur ce point précis. D'autre part, les médecins qui interviennent dans le cadre politique en suivant la perspective bio-thérapeutique sont des acteurs qui ont déjà eu des positionnements sociaux dans ce domaine. Ils n'agissent pas seulement en tant que médecins. Enfin, la continuité peut se décliner en divers registres. Il peut s'agir de l'interférence des liens professionnels entre des groupes de médecins et un élu municipal sur des questions de lutte contre la toxicomanie ou le sida. La solidarité professionnelle se décline en cadre d'intercompréhension producteur d'un agir collectif.

L'intégration de la perspective bio-thérapeutique dans l'espace urbain, suivant des modalités contextuelles variables, incite à penser que ce sont les propriétés du cadre d'expérience politique local qui rendent possible l'émergence d'une continuité des compétences chez certains médecins élus locaux. En mettant en évidence les conditions de son émergence, il est possible de circonscrire les limites d'une lecture.

La logique d'interprétation qui est la nôtre, depuis le départ de cette thèse, conduit à émettre l'hypothèse que la production de sens, réalisable dans la perspective associée à la position de la profession médicale, trouve dans les contextes locaux une possibilité d'expression et qu'elle peut, de cette façon, intégrer les registres de légitimation du cadre d'expérience politique local. Si c'est bien le cas, cette perspective devient disponible à la compétence des acteurs du cadre de différentes façons. Elle constitue un outil de qualification des objets sociaux et politiques sur lesquels le pouvoir politique doit intervenir. La forme de cet outil peut aussi apparaître comme un modèle de désignation et d'intervention. Le mode désignation est individuant car les réalités qu'il pointe sont des isolats singularisés de la réalité sociale : toxicomanes, sujets de misère, malades du sida pour lesquels il convient d'établir une politique de la reconnaissance³ qui est aussi une stigmatisation. Les deux lectures sont possibles. Mais cette individuation induit également que les objets ainsi repérés sont dans une enveloppe problématique qui attire l'attention sur eux. Les problèmes ne reçoivent de traitement politique qu'à la condition d'être exprimés à un haut degré d'exacerbation. Cela amène à se demander s'il s'agit là d'un phénomène partiel et provisoire ou d'un mode de construction qui est appelé à se généraliser. Réapparaît ici la dimension critique de la maladie et son corollaire l'urgence. Enfin, la perspective bio-thérapeutique fournit au cadre d'expérience politique un système de légitimation qui peut être interprété et utilisé par tous les acteurs. Comme l'atteste les registres de la médecine humanitaire, le langage associé à la position de la profession médicale accorde une place importante aux conceptions morales. Sa convergence avec la doctrine des Droits de l'homme paraît de ce point de vue naturelle. Ce positionnement est à la base de multiples interventions sur le terrain local. Lorsque cette perspective est adoptée et employée par les acteurs du cadre d'expérience politique, c'est selon des conceptions et des visées qui leur sont propres. Il ne faut pas attribuer aux médecins les transformations de la perspective qu'ils incarnent par les acteurs politiques. Il convient encore une fois de souligner la distinction nécessaire entre des acteurs et la perspective associée à leur position.

Il paraît opportun de présenter ces différentes lectures pour comprendre les conditions dans lesquelles peut s'analyser une continuité entre la compétence de médecin et celle d'élu. Cette question ne peut être abordée selon une perspective uniquement centrée sur les acteurs mais plutôt dans la mise en relation entre la compétence qui leur est attribuée et le cadre d'expérience dans lequel elle s'exprime. Quand des médecins s'investissent dans un secteur spécifique de l'agir public local, ce n'est pas seulement en fonction d'une compétence

³ Nous pensons au titre de l'ouvrage de Charles Taylor.

professionnelle, mais en raison d'une compétence structurée par une succession d'engagements sociaux, souvent préalables à leur engagement électif, et qui repose sur des conceptions morales et politiques.

Cependant les médecins élus locaux s'inscrivent aussi dans la perspective associée à la position d'élu. Dans ce cas, ils ont à voir et à vivre dans cette position. Comme tous les élus, ils ont eu à observer les mutations de l'agir public local et à s'y adapter dans leurs pratiques. Pour les médecins, l'entrée dans la position d'élu s'effectue suivant les propriétés singulières du cadre d'expérience de cette position. Les processus de reconnaissance qui conduisent à conférer à un médecin une vice-présidence de Conseil général ou une présidence de commission relèvent du fonctionnement interne de ce cadre. La compétence qui peut lui être reconnue dépend de la durée de son positionnement dans l'institution. La détention d'une délégation d'adjoint dans une grande ville est le produit des pratiques qui conduisent à la formation des équipes municipales. Il est fait mention de la présence d'un professeur de médecine dans une municipalité alors que ce sont les propriétés du contexte qui permettent le choix de cette personnalité.

L'entrée dans une position d'élu se fait sur la base de la reconnaissance d'une identité à laquelle est associée une part de compétence mais la pratique du cadre d'expérience est génératrice d'une compétence spécifique. De ce point de vue, il est assez difficile d'objectiver des prédispositions particulières entre une compétence de médecin, dont on a vu qu'elle reste délicate à modéliser, et une compétence d'élu qui est elle-même en redéfinition permanente. Par voie de conséquence, le langage qui se propose de faire de la compétence une catégorie réifiée à visée objectivante paraît quelque peu inadapté. La compétence peut être objectivée à travers des registres de qualification, il n'en demeure pas moins que la compétence réelle découle de l'interprétation que les acteurs donnent des prescriptions définissant la compétence associée à leurs positions. Pour autant, c'est une catégorie qui paraît pertinente pour plusieurs raisons. Quand, il est nécessaire d'identifier les qualités d'un individu lui permettant de participer à un agir collectif, la compétence est une catégorie de désignation adéquate. Lorsque des acteurs tentent de répartir la participation de chacun à une entreprise collective, ils le font aussi à travers la catégorie compétence. Il s'agit bien là d'une catégorie omniprésente dans les procédés d'intercompréhension facilitant les ajustements pratiques jugés nécessaires pour sortir des situations de conflit de perspectives. Elle constitue donc un outil dans la construction dialogique des positions.

Dans une perspective centrée sur la formation du sujet, et la conscience qu'il a de son identité, la compétence des agents se forme par l'apprentissage de positions dans des cadres

d'expérience différents. Chaque position fournit une perspective et autorise l'exercice d'une pluralité de rôles.

Si Anthony Giddens a vu dans cette catégorie une « complexité extraordinaire », c'est peut-être parce qu'elle se situe dans un processus de construction de l'identité individuelle qui dépend autant des engagements du sujet que de la reconnaissance dont il peut faire l'objet.

En conclusion de cette étude, il est possible d'avancer une dernière proposition. Au cours de ce travail, il a été suggéré que la profession médicale fait l'objet d'un effet de tropisme tant dans la perception de sa position sociale que dans celle de ses positions électives. Cela peut conduire à sous-estimer la portée sociale et politique de la perspective les médecins incarnent. Sans doute cet effet de tropisme joue-t-il encore pour d'autres acteurs que les médecins lorsque nous nous plaçons dans le registre des prédispositions de certaines professions pour la compétence d'élu. De plus, l'établissement d'une distinction entre la position élective locale et l'acteur qui l'occupe n'entraîne-t-elle pas une réflexion sur le politique local ?

ANNEXES

Présentation des annexes

ANNEXE 1 : pages 370 à 372.

Questionnaire d'enquête.

ANNEXE 2 : pages 373 à 385.

Les sites d'élection pour les conseillers généraux.

La distinction cantons ruraux / cantons urbains s'établit sur le critère du nombre de communes sur le canton.

Le nombre de conseillers municipaux du chef-lieu de canton donne une indication sur l'importance de la commune dans son environnement. Les résultats sont présentés en commençant par les communes de Dordogne et en terminant par celles des Pyrénées-Atlantiques.

ANNEXE 3 : pages 386 à 412.

Les configurations électorales et les résultats des élections cantonales de 1961 à 1988 comportant au moins une candidature de médecin. Les 5 départements d'Aquitaine sont rangés par ordre alphabétique de la Dordogne aux Pyrénées-Atlantiques (pour une raison de commodité nous n'avons pas utilisé le nom de Basses-Pyrénées applicable en début de période). Parfois nous avons indiqué le nombre de médecins candidats, le nombre total de candidats et le nombre de sièges à pourvoir (partie gauche du tableau).

ANNEXE 4 : pages 413 à 440.

Les médecins maires et la taille des communes de 1959 à 1989. Le critère utilisé est celui du nombre de conseillers municipaux.

Présentation par ordre alphabétique de la Dordogne aux Pyrénées-Atlantiques.

ANNEXE 5 : pages 441 à 447.

Tableau récapitulatif des médecins Conseillers Municipaux dans les communes des 5 départements d'Aquitaine de 1959 à 1989.(pour les années disponibles).

Par ordre alphabétique de la Dordogne aux Pyrénées-Atlantiques. Tenant compte du fait qu'à partir de 1983 le nombre de conseillers municipaux augmente de 2 pour chaque catégorie de commune, nous avons intégré en ordonnée toutes les compositions possibles de 59 à 89. Certaines lignes ne sont donc pas pourvues en 1959 mais elles le sont en 1983 (15 et 13 par exemple).

ANNEXE 1

Questionnaire d'enquête.

1^{ère} partie

- 1) Vous appartenez à une profession de santé, laquelle ?
- 2) Si vous êtes médecin, vous êtes
 - Spécialiste.
 - Généraliste (mode d'exercice particulier ?)
- 3) Votre âge :
- 4) Depuis quand exercez-vous ?
- 5) Où exercez-vous ? (nombre d'habitants de la commune – milieu rural ou milieu urbain).
- 6) Avez-vous déjà changé de lieu d'exercice ? (si oui, pourquoi ?).
- 7) Le statut du médecin vous semble-t-il avoir évolué depuis une trentaine d'années ? Quels sont les traits essentiels de cette évolution ?
- 8) La position économique du médecin a-t-elle connu des changements ? Dans quels secteurs ?
- 9) Sur quels points vous semble-t-il exister une unité du monde médical ?
- 10) Quels sont les facteurs qui caractérisent sa diversité ?
- 11) Vous intéressez-vous à la vie politique ? De quelle façon ?
- 12) Que signifie pour vous l'engagement d'un médecin dans la vie politique locale ?
- 13) Quelle importance accordez-vous au Conseil de l'Ordre dans la vie du groupe des médecins ?

2^{ème} partie.

Vous êtes impliqué dans la vie politique locale :

Vous êtes candidat à une élection locale depuis quand ?

Vous êtes élu ? Depuis quand ?

Quelles fonctions électives occupez-vous ?

- maire ; conseiller municipal (adjoint, depuis quand ? Chargé de quel domaine ?).
- Conseiller général : depuis quand ? Membre du bureau ? Quelle commission ?
- Conseiller régional : depuis quand ?

3) Des membres de votre famille étaient-ils élus locaux ? Des membres de votre entourage ?

4) Vous appartenez à un syndicat ? Lequel ?

-Vous appartenez à un parti politique ? Lequel ? Depuis quand ?

-Vous exercez des responsabilités particulières en son sein : si oui, lesquelles ?

5) Intervenez-vous autrement dans la vie politique locale ? Comment ?

6) Votre appartenance à un parti politique a-t-elle favorisé votre itinéraire d' élu ? Comment ?

7) A-t-elle joué négativement à un moment ou à un autre ?

8) Selon vous quel intérêt ont les partis politiques à compter des médecins dans leurs rangs ?

9) Dans quelle situation le non-engagement partisan peut-il faciliter l'accès d'un médecin à un mandat électif local ?

3^{ème} partie.

1) Quels sont les axes essentiels de la gestion municipale de la commune dont vous êtes un des élus ?

2) Un problème d'ordre thérapeutique est-il un élément de cette gestion ? Depuis quand ?

3) Avez-vous le sentiment d'avoir joué un rôle spécifique dans la sensibilisation de l'équipe municipale à cet enjeu thérapeutique ?

4) Même question sur la mise en œuvre d'une politique municipale spécifique relative à ce problème ?

5) Si l'on considère les professions médicales dans leur ensemble, pensez-vous qu'un groupe plus qu'un autre ait eu une influence particulière ?

6) La politique municipale mise en œuvre a-t-elle accru l'influence d'un groupe particulier ? (médecins, kinésithérapeutes, etc.), d'un type de spécialité ?

ANNEXE 2

SITES D'ELECTIONS POUR LES CONSEILLERS GENERAUX (24)

Année	Canton rural Nombre de CM par chef-lieu	Canton urbain
1961	BRANTOME / 17 HAUTEFORT / 13 JUMILHAC LE GRAND / 17 LAFORCE / 17 MONTIGNAC / 21 MONTPON / 23	SARLAT
1964	VERGT / 13 MONPAZIER / 13 NEUVIC / 21	
1967	BRANTOME / 17 HAUTEFORT / 13 LAFORCE / 17 MONTIGNAC / 17 MONTPON / 23	SARLAT
1970	SIGOULES / 13 MAREUIL S/ BELLE / 13 MONPAZIER / 13 NEUVIC / 21 ST ASTIER / 21 ST PARDOUX LA RIVIERE / 13 VELINES / 13	
1972 1973	ISSIGEAC / 13 HAUTEFORT / 13 LAFORCE / 17 MONTIGNAC / 21 SAVIGNAC / 13 SIGOULES / 13 VILLEFRANCHE DE LONCHAT / 13	BERGERAC I BERGERAC II PERIGUEUX Nord Est PERIGUEUX Ouest

SITES D'ELECTIONS POUR LES CONSEILLERS GENERAUX (24)

Année	Canton rural Nombre de CM par chef-lieu	Canton urbain
1976	ISSIGEAC / 13 MAREUIL SUR BELLE / 13 MONTPAZIER / 13 NEUVIC / 21 RIBERAC / 23 ST CYPRIEN / 17 ST PARDOUX LA RIVIERE / 13 VELINES / 13	
1979	HAUTEFORT / 13 MONTIGNAC / 21 SALIGNAC / 13 VILLEFRANCHE DELONCHAT / 13	BERGERAC II
1982	MAREUIL SUR BELLE / 13 RIBERAC / 23 ST ALVERE / 13 ST PARDOUX LA RIVIERE / 13 ST PIERRE DE CHIGNACQ / 13	
1985	BUISSIERE BADIL / 15 HAUTEFORT / 15 JUMILHAC LE GRAND / 21 LAFORCE / 19 LALINDE / 23 LANOUAILLES / 15 MONTPON / 23 SALIGNAC / 15 VILLEFRANCHE DE LONCHAT / 15	BERGERAC I BERGERAC II PERIGUEUX Ouest PERIGUEUX Est

**SITES D'ELECTIONS POUR LES
CONSEILLERS GENERAUX (24)**

Année	Canton rural Nombre de CM par chef lieu	Canton urbain
1988	EYMET / 23 RIBERAC / 27 ST ALVERE / 15 ST PARDOUX LA RIVIERE 15	

SITES D'ELECTIONS POUR LES CONSEILLERS GENERAUX (33)		
Année	Canton rural Nombre de CM par chef-lieu	Canton urbain
1961	CADILLAC / 17 CASTELNAU / 13 ST-SAVIN DE BLAYE / 13	
1964	BAZAS / 23 COUTRAS / 23 FRONSAC LANGON / 23 LUSSAC / 13	BORDEAUX 3ème BORDEAUX 5ème LA TESTE DE BUCH PESSAC
1967	CASTELNAU / 13	ARCACHON BORDEAUX 2ème
1968	ST-SAVIN DE BLAYE / 13	
1970	COUTRAS / 23 FRONSAC / 13 LANGON / 23 LUSSAC / 13 ST-SAVIN DE BLAYE / 13	BORDEAUX 5ème LA TESTE DE BUCH PESSAC
1973	CASTELNAU / 13	ARCACHON
1976	COUTRAS / 23 FRONSAC / 13 LANGON / 23	CENON BLANQUEFORT BORDEAUX 3ème BORDEAUX 5ème

SITES D'ELECTIONS POUR LES CONSEILLERS GENERAUX (33)		
Année	Canton rural Nombre de CM par chef-lieu	Canton urbain
1976	ST-SAVIN DE BLAYE / 13 ST-VIVIEN / 13	MERIGNAC PESSAC
1979	CASTELNAU / 17 ST-MACAIRE / 17 SAUVETERRE-DE-GUYENNE/17	ARCACHON BORDEAUX 2ème BORDEAUX 8ème TALENCE VILLANDRAUT
1982	BAZAS / 23 FRONSAC / 13 GRIGNOLS / 15 LANGON / 23 LESPARRE / 23	BORDEAUX 1er BORDEAUX 5ème BORDEAUX 7ème PESSAC ST-MEDARD-EN- JALLES
1985	ST-SAVIN DE BLAYE / 17 ST-VIVIEN / 13 MONSEGUR / 19 PUJOLS / 15 VILLANDRAUT / 15	VILLENAVE-D'ORNON ARCACHON BEGLES BORDEAUX 2ème PESSAC TALENCE
1988		BORDEAUX 1er BORDEAUX 7ème

SITES D'ELECTIONS POUR LES CONSEILLERS GENERAUX (33)

Année	Canton rural	Canton urbain
	Nombre de CM par chef-lieu	
1988	LANGON / 29 LA REOLE / 27 LESPARRE / 27 LUSSAC / 15 STE FOY LA GRANDE / 23 ST SAVIN DE BLAYE / 19 ST VIVIEN / 15	LA TESTE DE BUCH ST MEDARD EN JALLES

SITES D'ELECTIONS POUR LES CONSEILLERS GENERAUX (40)		
Année	Canton rural	Canton urbain
	Nombre de CM par chef-lieu	
1961	LABRIT / 13	MONT-DE-MARSAN DAX
1964	ST SEVER / 23 VILLENEUVE DE MARSAN / 17 PARENTIS EN BORN / 17 SORE / 13 SABRES / 17	
1967	MIMIZAN / 23 LABRIT / 13 PEYREHORADE / 21	
1970	PARENTIS / 17 ROQUEFORT / 17 ST SEVER / 23 SOUSTONS / 23 VILLENEUVE DE MARSAN / 17 SORE / 13 SABRES / 17	
1973	MIMIZAN / 23 LABRIT / 13	MONT DE MARSAN
1976	PARENTIS EN BORN / 17 ROQUEFORT / 17 SABRES / 17 ST SEVER / 23 SOUSTONS / 23 SORE / 13 VILLENEUVE DE MARSAN / 17	
1979	CASTETS / 13 LABRIT / 13 MIMIZAN / 23	MONT DE MARSAN

SITES D'ELECTIONS POUR LES CONSEILLERS GENERAUX (40)

Année	Canton rural	Canton urbain
	Nombre de CM par chef-lieu	
1979		ST VINCENT DE TYROSSE TARTAS Est DAX Nord
1982	SORE / 15 ROQUEFORT / 19 ST SEVER / 27 VILLENEUVE DE MARSAN / 19	
1985	CASTETS / 15 LABRIT / 15 AMOU / 15 MORCENX / 23	MONT DE MARSAN
1988	ROQUEFORT / 19 SORE / 15 VILLENEUVE DE MARSAN / 19	DAX Sud

SITES D'ELECTIONS POUR LES CONSEILLERS GENERAUX (47)		
Année	Canton rural	Canton urbain
	Nombre de CM par chef-lieu	
1961		
1964	TOURNON / 13	
1967	TONNEINS / 19 LA PLUME / 13	
1970	PUYMIROL / 13 TOURNON / 13	AGEN 1er
1973		AGEN Centre AGEN Ouest VILLENEUVE Sud VILLENEUVE Nord
1976	CASTELJALOUX / 23 PORT STE MARIE / 17 TOURNON / 13	AGEN Centre AGEN Nord
1979	LAROQUE TIMBAUT / 13 FUMEL / 23	AGEN Ouest MARMANDE Est TONNEINS
1982	CASTILLONES / 13 MAS D'AGENAIS / 17 NERAC / 23 PORT STE-MARIE / 17 PUYMIROL / 15 TOURNON / 15 CASTELJALOUX / 23	AGEN Centre AGEN Nord
1985		AGEN Ouest

SITES D'ELECTIONS POUR LES CONSEILLERS GENERAUX (47)

Année	Canton rural	Canton urbain
	Nombre de CM par chef-lieu	
1985		MARMANDE Est
1988	CASTILLONES / 15 NERAC / 29 PORT STE MARIE / 19 PUYMIROL / 15 TOURNON / 15 CASTELJALOUX / 29	AGEN Centre AGEN Nord

SITES D'ELECTIONS POUR LES CONSEILLERS GENERAUX (64)		
Année	Canton rural	Canton urbain
	Nombre de CM par chef-lieu	
1961	ARTHEZ / 13 TARDETS	BAYONNE Est BIARRITZ
1963	ARUDY / 19 HASPAREN / 23	
1964	ACCOUS / 13 ARUDY / 19 ESPELETTE / 13 MORLAAS / 13	ST JEAN DE LUZ
1966		BIARRITZ
1967	ARTHEZ / 13 HASPAREN / 23 MONEIN / 23 ST JEAN PIED DE PORT / 17 TARDETS	BAYONNE
1970	ACCOUS / 13 ARUDY / 19 ESPELETTE / 13 MORLAAS / 13 PONTACQ / 17 USTARRITZ / 17	BAYONNE Nord Ouest OLORON STE-MARIE ORTHEZ PAU EST
1972	MORLAAS / 13	
1973	ARTHEZ / 13	BAYONNE Est BIARRITZ

SITES D'ELECTIONS POUR LES CONSEILLERS GENERAUX (64)

Année	Canton rural	Canton urbain
	Nombre de CM par chef lieu	
1973	LAGOR / 17 MONEIN / 23 TARDETS	OLORON STE-MARIE
1976	ACCOUS / 13 ESPELETTE / 13 MORLAAS / 13 USTARRITZ / 17	BIARRITZ OLORON Ouest PAU Sud ST JEAN DE LUZ
1979	ARTHEZ / 13	BAYONNE Est BIARRITZ Ouest
1982	BILLERE / 33 MORLAAS / 15 USTARRITZ / 27	
1985	ARTHEZ / 19 LARUNS / 15 LESCAR / 29 TARDETS / 23	BAYONNE Est BAYONNE Ouest OLORON STE-MARIE
1988	MAULEON / 27 MORLAAS / 15	ST-JEAN DE LUZ

ANNEXE 3

ELECTIONS CANTONALES DORDOGNE

ANNEE	CANTON	CANDIDAT	PROFESSION	C.S. OU PAS AUTRES MANDATS	AGE	ETIQUETTE	AUTRES CANDIDATS	RESULTATS
1961	BRANTOME	Lançon	Généraliste	Maire de Biras	61	RRS (réseau Bonnet)	UNR / SFIO / PCF	élu au 1er tour
	HAUTEFORT	Queyroi P.	Généraliste	CS (élu en 1958 succède à son père) sup du dép. Dièras	40	RS	SFIO / PCF	élu au 1er tour
		Langevin	Généraliste		40	PCF		élu au 2ème tour ctre SFIO
	JUMILHAC LE GRAND	Vingre	Généraliste	CM de La Coquille	35	RS	SFIO / RS / Ind. (2)	se retire au 2ème tour
		Garrigues	Généraliste	Maire de Jumilhac	46	SFIO	PCF / RS / Ind. (2)	battu 2ème tour
	LAFORCE	Rey-Lescure	Généraliste	CM à Laforce, CS	60	RRS	PCF / ind. (2)	élu au 2ème tour ctre triangulaire dt PCF
	MONTIGNAC	Raymond	Généraliste	CM à Montignac	54	PCF	SFIO	battu au 1er tour
	MONTPON	Lagoubie	Généraliste	Maire de Montpon	55	RS	PCF / ind.	élu au 2ème tour ctre Ind.
	SARLAT	Leclaire JP	Chirurgien	Maire de Sarlat	43	Indépendant	SFIO / PS	élu au 1er tour
	VERGT	Moulinier	Généraliste	1er adjoint	41	DIC	SFIO / PCF	battu au 1er tour
1964	MONPAZIER	Magimel	Spécialiste	Maire de Capdrot, CS	34	SE	PCF	élu au 1er tour
	NEUVIC	Pascaud	Généraliste	Maire de Neuvic, CS	55	RS	SE / PCF	élu au 1er tour
1967	BRANTOME	Lançon	Généraliste	Maire de Biras, CS	67	FGDS	PCF	élu au 1er tour
	HAUTEFORT	Queyroi	Généraliste	CM adj à Hautefort, CS	46	FGDS	PCF	élu au 1er tour
	LAFORCE	Rey-Lescure	Généraliste	CM à Laforce, CS	66	FGDS	UD 5ème / PCF / AL	élu au 2ème tour ctre UD 5ème
	MONTIGNAC	Raymond	Généraliste	CM à Montignac	60	PCF	FGDS	battu au 1er tour
	MONTPON	Lagoubie	Généraliste	CM à Montpon, CS	61	FGDS	PCF / 5ème Ré	battu au 2ème tour par 5ème
	SARLAT	Leclaire	Généraliste	Maire de Sarlat, CS	49	FGDS	PCF	élu au 1er tour
SIGOULES	Poms	Généraliste	CM de Flaugeac	42	PSU	PCF / CD	battu au 1er tour	

ELECTIONS CANTONALES DORDOGNE

ANNEE	CANTON	CANDIDAT	PROFESSION	C.S. OU PAS AUTRES MANDATS	AGE	ETIQUETTE	AUTRES CANDIDATS	RESULTATS
1970 70c, 24s 7m	MAREUIL SUR BELLE	Clément Colas	Généraliste		52	DVG UR	PCF / DMF	élu au 2ème tour ctre DMF
	MONPAZIER	Magimel	Spécialiste	CS	40	DMF	PCF / DVG	réélu au 1er tour
	NEUVIC	Pascaud	Généraliste	CS	61	DVG	PCF / SE	élu au 2ème tour
	ST ASTIER	Rousseau	Généraliste		55	DVG	PCF / AL	battu au 1er tour
	ST CYPRIEN	Tomatis	Généraliste		46	UDR	DVG / PCF / UR	battu au 1er tour
	ST PARDOUX LA RIVIERE	Millet Lacombe	Généraliste	CM	47	DMF SE	UR / PCF	élu au 2ème tour ctre Soc.
	VELINES	Bonamy	Généraliste		42	DVG	PCF / DMF / DVG	élu au 1er tour
1972	ISSIGEAC	Perrin	Généraliste	Maire d'Issigeac	53	UDR	PCF / Soc / DIC (3)	élu au 2ème tour ctre le soc.
1973	BERGERAC I	Coicaud Guichard	Gynécologue Prof. De Médecine		46 45	UDR RI	PCF / REI / Soc.	battu au 1er tour battu au 2ème tour
	BERGERAC II	Mary	Généraliste		47	DMF	PCF / DVG / PS	élu ctre UGSD
	HAUTEFORT	Queyroi P.	Généraliste	CS, CM adj	52	DVG	PCF / DMF	réélu au 1er tour
	LAFORCE	Rey-Lescure	Généraliste		72	Soc.	UDR / PCF	battu au 2ème tour ctre UDR
	MONTIGNAC	Raymond	Généraliste	CM	66	PCF	UDR / Soc.	élu au 2ème tour
	PERIGUEUX Nord-Est	Grandou Chabanne	Généraliste Généraliste		45 35	PCF Mvt. Ref.	DMF / Mvt. Ref. / Soc.	battu battu
	PERIGUEUX Ouest	Rousseau	Généraliste	Maire	35	Mvt. Ref.	PCF / UDR / PS	battu au 1er tour
	SAVIGNAC	Jolicoeur	Généraliste	CM	37	Soc.	PCF / DVG	battu
	SIGOULES	Poms	Généraliste	Maire	48	PSU	PCF / REI / DMF / MVR / Soc.	battu au 1er tour
VILLEFRANCHE DE LONCHAT	Guionneau	Généraliste	CM de Villefranche	45	DMF	PCF / Soc.	élu au 1er tour	

ELECTIONS CANTONALES DORDOGNE

ANNEE	CANTON	CANDIDAT	PROFESSION	C.S. OU PAS AUTRES MANDATS	AGE	ETIQUETTE	AUTRES CANDIDATS	RESULTATS
1976	BERGERAC I	Guichard	Prof. De médecine		48	RI	UGSD / RI / PCF	battu au 2ème tour par UGSD
	ISSIGEAC	Perrin	Généraliste	Maire d'Issigeac	57	UDR	UGSD / PCF	réélu au 1er tour
	MAREUIL SUR BELLE	Clément Colas	Généraliste	CS	58	MRG / UGSD	PCF / Maj. Pres. / S. Ind.	réélu au 2ème tour
	NEUVIC	Pascaud	Généraliste	CS	67	MRG	PCF	élu ctre UDR
	RIBERAC	Cazeau	Généraliste	Maire et CS	37	UGSD	PCF / UDR	élu au 2ème tour ctre Maj. Pres.
	ST PARDAUX LA RIVIERE	Millet Lacombe	Généraliste	CS ET Maire	53	RDG	PCF / Maj. Pres. / PS	réélu au 2ème tour
	VELINES	Bonamy	Généraliste	CS	48	U. Rep.	PCF	élu au 1er tour
1979	BERGERAC II	Mary	Généraliste	CGS	53	Maj. Pres UDF	PCF / PS	battu au 2ème tour
	HAUTEFORT	Queyroi P.	Généraliste	CM adj	58	MRG	PCF / SE	élu au 1er tour
	MONTIGNAC	Raymond	Généraliste	CS, CM adj	72	PCF	PS / RPR	battu au 1er tour
	SALIGNAC	Musac	Généraliste	CM d'1 village de Corrèze	52	Maj. Pres.RPR	PS / PCF / SE	élu au 2ème tour
	VILLEFRANCHE DE LONCHAT	Guionneau	Généraliste	CS	51	RPS	PCF / PS	élu au 1er tour

ELECTIONS CANTONALES DORDOGNE

ANNEE	CANTON	CANDIDAT	PROFESSION	C.S. OU PAS AUTRES MANDATS	AGE	ETIQUETTE	AUTRES CANDIDATS	RESULTATS
1982	MAREUIL SUR BELLE	Clément Colas	Généraliste	CS	63	MRG	PCF / Opp.	battu au 2ème tour
	RIBERAC	Cazeau	Généraliste	Maire de Ribérac, CS	43	PS	PCF / Opp.	réélu au 2ème tour
	SAINT ALVERE	Ducene P.	Généraliste		27	RPR	PCF / MRG	battu au 2ème tour par MRG
	ST PARDOUX LA RIVIERE	Guillout	Généraliste	CM adj	39	RPR	MRG / PCF / UDF	battu au 2ème tour
	ST PIERRE DE CHIGNAQC	Gouaud	Généraliste		46	RPR	PS / PCF	battu au 2ème tour

ELECTIONS CANTONALES DORDOGNE

ANNEE	CANTON	CANDIDAT	PROFESSION	C.S. OU PAS AUTRES MANDATS	AGE	ETIQUETTE	AUTRES CANDIDATS	RESULTATS
1985 106c, 26s 14m	BERGERAC I	Traissac	Prof. De Méd	CM de Bergerac	45	Opp. UDF	RPR / PCF / PS / FN	battu au 2ème tour par le PS
	BERGERAC II	Mary	Généraliste	CM de Bergerac	59	Opp.	PCF / PS / CDS / FN	battu au 2ème tour par le PS
	BUSSIERE BADIL	Bioulac	Prof. De Méd	Maire, CS, Prés.CG	45	PS	PCF / Opp. / Ind.	réélu 2ème tour ctre Opp.
	HAUTEFORT	Queyroi P.	Généraliste	CS	64	MRG	PCF / FN / Opp.	élu au 2ème tour
	JUMILHAC LE GRAND	Laleu	Généraliste	CM de Lacoquille	33	Opp.	PCF / PS	élu au 2ème tour ctre PCF
	LAFORCE	Guichard	Prof. De Méd.		57	Opp. UDF	PCF / PS / FN	battu au 2ème tour par le PS
	LALINDE	Gouzot Coicaud	Généraliste Gynécologue	Maire de Lalinde	48 58	Indépendant Opp. RPR	PCF / PS // FN / Opp. RPR / Ind	battu par le PS battu par le PS
	LANOUAILLE	Lataste	Généraliste	Maire de Lanouaille	58	Opp. UDF	FN / PCF / PS / Opp. RPR	élu au 2ème tour ctre PCF
	MONTPON	Arretche	Généraliste	CM de Montpon	41	PS	FN / PCF / Opp. / RPR	battu au 1er tour
	PERIGUEUX Ouest	Chabanne	Généraliste		47	Opp.	Autos / DC / PS / FN	battu
	PERIGUEUX Est	Rousseau	Généraliste	Maire	70	Opp. UDF	PCF / PS / FN / Ind. / Auto / Opp. RPR	battu au 1er tour
	SALIGNAC	Muzac	Généraliste	CS	58	Opp.	DVD / PS / PCF / NI (2)	battu par le PS
	VERGT	Moulinier	Généraliste	Maire de Vergt	65	Opp.	FN / PCF / Maj.	élu au 2ème tour
	VILLEFRANCHE DE LONCHAT	Guionneau	Généraliste	Maire de Villefranche de Lonchat	57	Opp.	PS / PCF / FN	élu au 1er tour
1988	EYMET	Ossard	Généraliste		43	Maj. Pres.	GDD	élu au 2ème tour
	RIBERAC	Cazeau	Généraliste	Maire, CS	49	Maj. Pres.		réélu au 2ème tour
	SAINT ALVERE	Ducene P.	Généraliste	Maire	33	RPR	PS	élu au 1er tour
	ST PARDOUX LA RIVIERE	Guillout	Généraliste	Maire	45	RPR	MRG / PCF / UDF	battu au 2ème tour

ELECTIONS CANTONALES GIRONDE

ANNEE	CANTON	CANDIDAT	PROFESSION	AGE	ETIQUETTE	C.S. OU PAS AUTRES MANDATS	AUTRES CANDIDATS	RESULTATS
1961	CADILLAC	Masson		61	Indépendant		Ind. / RI / PCF UDCA	pas élue
	CASTELNAU	Dartigues	Généraliste	38	RRS		Ind. P / UNR / UDCA / PCF	élu au 2ème tour
	ST SAVIN DE BLAYE	Guirriec	Généraliste	40	Indépendant		UNR / Ind. / PCF / UDCA / RRS	battu
1964	BAZAS	Martin	Généraliste	65		CS / Maire de Bazas	PCF / FN	réélu au 1er tour
	BORDEAUX 3ème	Castets Maugard	Biologiste	51	Ind. P FD	CM de Bordeaux	UNR / Ind. / PSU / FN travailliste / PCF	battu
			Généraliste	33	Indépendant			battu
	BORDEAUX 5ème	Julien Grondeau	Généraliste	51	RRS FD	CS / CM de Bx	PCF / Travailiste / FN France Nationale	battu
				55	UNR			réélu au 2ème tour
	COUTRAS FRONSAC	Bonimond Soulignac Teyssandier	Généraliste Généraliste Généraliste	40	CG	Maire de Lugon	UNR / CG / SFIO / FD / FN PCF	battu
				44	PCF			battu
	LANGON	Langlois	Généraliste	78	RRRS	Succède à son père CM de Langon	RI / PCF / FN / SFIO	élu au 1er tour
				43	Soc. Ind. FD			élu au 2ème tour
	LA TESTE DE BUCH	Bézian Ichar	Généraliste Généraliste	44	Indépendant	CS Maire de La Teste	Ind. P FD / PCF / SFIO	battu au 2ème tour
44				Ind. P FD	élu au 2ème tour			
LUSSAC	Dupuy	Généraliste	70	RRS FD	CS / Maire de Puisseguin	PCF / RI	réélu au 1er tour	
PESSAC	Dalbos	Stomato	36	UNR	Maire de Pessac	PCF / RRS / PSU / FN	élu au 1er tour	
1967	ARCACHON	Fleury	Biologiste	43	Indépendant	CM d'Arcachon	PCF / ind. / FGDS / PDM	battu au 2ème tour
	BORDEAUX 2ème	Cougoul	Généraliste	49	CNI		UNR / FGDS / PCF / SE / CD	battu au 1er tour
	CASTELNAU	Dartigues	Généraliste	44	FGDS	CS	Ind. / PCF	élu au 2ème tour
1968	ST SAVIN DE BLAYE	Guirriec	Généraliste	47	Indépendant	CM de Cavignac	ind. / FGDS	élu au 2ème tour

ELECTIONS CANTONALES GIRONDE

ANNEE	CANTON	CANDIDAT	PROFESSION	AGE	ETIQUETTE	C.S. OU PAS AUTRES MANDATS	AUTRES CANDIDATS	RESULTATS
1970 104c, 26s 8m	BORDEAUX 5ème	Grondeau	Généraliste	61	UNR	CS / CM de Bx	AR / PCF / PSU / FN / Ind.	réélu au 2ème tour
	COUSTRAS	Soulinac	Généraliste	50	PCF		Soc.	battu au 1er tour
	FRONSAC	Dubos	Généraliste	60	Indépendant	Maire de Mouillac	PCF / Ind. / RRS	élu au 2ème tour
	LANGON	Langlois	Généraliste	49	Soc. Ind.	CM de Langon	PSU / PCF / UDR	réélu au 1er tour
	LA TESTE DE BUCH	Ichard	Généraliste	50	Ind. P	Député suppléant /CS	Ind. (3) / PCF / Soc.	réélu au 2ème tour
	LUSSAC	Dupuy	Généraliste	76	RRS	CS /Maire de Puissegur	PCF / UDR	battu au 1er tour par UDR
	PESSAC	Dalbos	Stomato	42	UNR	Maire de Pessac	PCF / PSU / Soc.	réélu au 1er tour
	ST SAVIN DE BLAYE	Guirriec	Généraliste	49	Ind. G	CM de Cavignac	PCF / Ind.	élu au 1er tour
1973	ARCACHON	Fleury	Biologiste	52	Maj.	1er adjoint au Maire d'Arcachon	Soc./ Ind. / FN / PCF	élu au 2ème tour ctre PS et Ind.
	CASTELNAU	Dartigues	Généraliste	62	MRG	CS	Maj. / PCF	réélu au 2ème tour
	CENON	Sourgen	Généraliste	47	Indépendant		Soc. / Maj. / PCF / PSU	battu

ELECTIONS CANTONALES GIRONDE

ANNEE	CANTON	CANDIDAT	PROFESSION	AGE	ETIQUETTE	C.S. OU PAS AUTRES MANDATS	AUTRES CANDIDATS	RESULTATS
1976	BLANQUEFORT	Julien		63	MRG		PCF / Mod. / Maj. Pres.	élu au 2ème tour
	BORDEAUX 3ème	Castets	Biologiste	63	CDP	CMA de Bordeaux	UDR / RI / PS / PCF / M. Ref./ Ind	battu
	BORDEAUX 5ème	Grondeau Guglielni	Généraliste Généraliste	67	UNR RI	CS / CM de Bx	RI / PCF / PS / Rad. / FN	réélu au 2ème tour battu au 1er tour
	COUSTRAS	Soullignac	Généraliste	56	PCF		PS / RI	battu au 1er tour
	FRONSAC	Dubos	Généraliste	66	Indépendant	CS	PS / PCF	réélu au 1er tour
	LANGON	Langlois	Généraliste	55	PS	CM de Langon	PCF / Mod.	réélu au 1er tour
	MERIGNAC	Favarrel garrig	Méd. hospitalier	52	PCF		PS / UDR	battu au 1er tour
	PESSAC	Dalbos	Stomato	36	Maj. Pres.	Maire de Pessac	PS/PCF / Divers	battu au 2ème tour
	ST SAVIN DE BLAYE	Guirriec	Généraliste	55	Maj. Pres.	CM de Cavignac	PS / PCF	réélu au 1er tour
	ST VIVIEN	J. Noel	Généraliste	51	PS	Maire de St vivien	RI / PCF	élu au 2ème tour
1979	ARCACHON	Fleury	Biologiste	58	Maj. UDF	Maire d'Arcachon	PCF / RPR / PS	battu au 1er tour
	BORDEAUX 2ème	Lachaize	Chirurgien	43	PS		PCF / FN / Maj. Pres. / UGP	battu au 1er tour
	BORDEAUX 8ème	Dalbos	Stomato	51	Maj. Pres.		PCF / PS / RPR / DIC	battu au 1er tour
	CASTELNAU	Dartigues	Généraliste	68	MRG	CS	PS / DG / PCF / UCD / Maj. Pres.	battu au 1er tour
	SAINT MACAIRE	Cadi	Généraliste	37	PS		PCF / ind.	battu au 1er tour
	SAUVETERRE DE G.	Castet J.	Généraliste	40	DIC (soutien CNI)		PS / SE / PCF	se retire au 2ème tour
	TALENCE	Buffet Castagnera	Généraliste Généraliste	53 36	PS RPR	CMA de Talence	UDF / PCF	élu au 2ème tour battu au 2ème tour
	VILLANDRAUT	Lestage	Généraliste	67	Apo.		PCF / PS / Maj. Pres.	élu au 2ème tour

ELECTIONS CANTONALES GIRONDE

ANNEE	CANTON	CANDIDAT	PROFESSION	AGE	ETIQUETTE	C.S. OU PAS AUTRES MANDATS	AUTRES CANDIDATS	RESULTATS
1982	BAZAS	Martin	Généraliste	53	Ind. SE	Maire de Bazas	PS / PCF / MRG / G Ind.	battu
	BORDEAUX 1er	Roquain	Généraliste	50	RPR	CM de Bordeaux	PS/ PCF	battu
	BORDEAUX 5ème	Grondeau	Généraliste	73	RPR	CM de Bordeaux	PCF / PS	élu au 1er tour
	BORDEAUX 7ème	Jault	Généraliste	46	PS		UDF / PCF	élu au 2ème tour
	FRONSAC	Dubos	Généraliste	72	CNIP	CS	PS / MRG / PCF	réélu au 2ème tour
	GRIGNOLS	Mothes	Généraliste	66	PS		RPR / SE / PCF	battu
	LANGON	Pourrat Vérité	Généraliste Généraliste	35 45	RPR PS	CMA de Langon	PCF / RPR / PS	battu élu au 2ème tour
	LESPARRE	Prévot Mayeux	Généraliste Chirurgien	44 43	PS RPR	Maire de Lesparre	PCF / UDF / RPR	élu au 2ème tour battu
	PESSAC	Dalbos	Stomato	54	SE	ancien Maire de Pessac	PS/ PCF	élu au 1er tour
	ST MEDARD EN J.	Meyniac	Méd. Spé	43	CNI	CM Bx / Cons. CUB	SE (2) / PCF / PS / Soc. Ind.	élu au 2ème tour
	ST SAVIN DE BLAYE	Guirriec	Généraliste	61	Opp.	CS / Maire de Cavignac	PS / PCF / SE	élu
	ST VIVIEN	J. Noel	Généraliste	57	PS	Maire de St vivien	UDF / PCF	réélu au 2ème tour
VILLENAVE D'ORNON	Lancel	Généraliste	36	RPR		PS	battu	

ELECTIONS CANTONALES GIRONDE

ANNEE	CANTON	CANDIDAT	PROFESSION	AGE	ETIQUETTE	C.S. OU PAS AUTRES MANDATS	AUTRES CANDIDATS	RESULTATS
1985	ARCACHON	Fleury	Biologiste	64	UDF/ Union de l'Opp.	Maire d'Arcachon	FN / PS / PCF	élu au 1er tour
	BEGLES	Traissac	Med CPAM	42	Union de l'Opp.	CM de Bègles	PCF / FN / DVG / Ecol(2) / SE	battue 2ème tour
	BORDEAUX 2ème	Lachaize	Chirurgien	49	PS	CM de Bordeaux	Union de l'Opp. / FN / PCF	battu au 1er tour
	MONSEGUR	Bastin	Méd. des pompiers	54	Union de l'Opp.		PS / FN / PCF	battu au 1er tour
	PESSAC	Dalbos	Stomato	57	Union de l'Opp.	Maire de Pessac	PS / PCF / FN / LO	réélu au 1er tour
	PUJOLS	Gachinard	Généraliste	45	PS	Maire de Pujols	Union de l'Opp. / FN / PCF	battu au 1er tour
	TALENCE	Buffet	Généraliste	59	PS MRG	CS / CM de talence	Union de l'Opp. / FN / PCF / PFN / PSD / DVG	battu au 2ème tour
	VILLANDRAUT	Lestage	Généraliste	73	Union de l'Opp.	CS / Maire de Villandraut	PCF / PS / FN	battu au 2ème tour
1988 151 C 11 Méd.	BORDEAUX 1er	Roquain	Généraliste	56	RPR	CM de Bordeaux	FN / PCF / PS / Ecol.	battu au 2ème tour
	BORDEAUX 7ème	Jault	Généraliste & méd. Légiste	52	PS	CS / CM de Bordeaux	PCF / FN / SE (2) / UPG	élu au 2ème tour
	LANGON	Vérité	Généraliste	51	PS	1er adjoint de Langon	PCF / FN / UGPR / SE	élu au 2ème tour
	LA REOLE	Astorgis	Généraliste	59	RPR	CM de Bordeaux	PS / PCF / FN	battu
	LA TESTE DE BUCH	Espied	Chirurgien	50	Ind	CMA de La Teste	PCF / FN / PS / UPG	battu au 1er tour
	LESPARRE	Prevot	Généraliste	50	PS	Maire de Lesparre	PCF / FN / UPG	réélu au 1er tour
	LUSSAC	Nivet	Méd. Hospitalier	44	PS		PCF / UPG / FN	battu au 1er tour
	ST MEDARD EN J.	Meyniac	Méd. Spé	50	CNI	CM Bx / Cons. CUB	PCF / FN / PS / Ecol.	battu au 1er tour
	STE SOY LA GRANDE	Maumont	Généraliste	49	PS	CM de Ste Foy La G.	UPG / FN / PCF	élu au 2ème tour
	ST SAVIN DE BLAYE	Guirriec	Généraliste	67	Union de l'Opp. PR	CS / Maire de Cavignac	PCF / FN / Sout. PS	battu au 2ème tour
ST VIVIEN	J. Noel	Généraliste	63	PS	Maire de St vivien / Député Sup.	UDF / PCF / NI / FN	battu au 2ème tour	

ELECTIONS CANTONALES LANDES

ANNEE	CANTON	CANDIDAT	PROFESSION	AGE	ETIQUETTE	C.S. OU PAS AUTRES MANDATS	AUTRES CANDIDATS	RESULTATS
1961	DAX	Dussarhou	Généraliste	54	SFIO	Maire de St Paul Dax	UNR / PCF	élu au 1er tour
	LABRIT	Lugardon	Généraliste	55	RRS	CS, maire de Brocas	PCF	élu au 1er tour
	MONT DE MARSAN	Betous	Généraliste	46	Rep. Soc.	CM de Mont de Marsan	UNR / RS / SFIO / PCF	Battu
1964	PARENTIS-EN-BORN	Mirtin	Généraliste	38	Rep. CG	Succ père, maire (63)	PCF/SFIO	élu au 2ème tour
	SABRES	Lemée	Généraliste	55	RRS	CS	PCF	élu au 1er tour
	SAINT SEVER	Fournier L	Généraliste	77	SFIO	CS Sénateur, Maire	SFIO/PCF	élu au 1er tour
	SORE	Filloi	Généraliste	46	RRS	Maire de Luxey, CS	PCF	élu au 1er tour
	VILLENEUVE DE MARSAN	Blanquié	Généraliste	52	SFIO	CM de Villeneuve, CS	PCF/SE	élu au 1er tour
	1967	LABRIT	Lugardon	Généraliste	61	CG	CS, Maire de Brocas	PC
		Laulom	Généraliste	44	MOD	Maire de Labrit		élu au 2ème tour
MIMIZAN		Cassagne	Généraliste	37	MOD	CM de Mimizan	PCF/SFIO	battu au 2ème tour
PEYREHORADE		Beauvais	Généraliste	42	MOD		PC/UDR/FGDS	battu

ELECTIONS CANTONALES LANDES

ANNEE	CANTON	CANDIDAT	PROFESSION	AGE	ETIQUETTE	C.S. OU PAS AUTRES MANDATS	AUTRES CANDIDATS	RESULTATS
1976	PARENTIS	Mirtin	Généraliste	50	UDR	CS, Maire de Parentis	PS/PCF	élu au 2ème tour
	ROQUEFORT	Lamothe	Généraliste	47	PS	Maire de Roquefort	PCF	réélu au 1er tour
	SABRES	Lemée	Généraliste	67	RAD	CM de Sabres	PS/PCF	battu au 2ème tour
	SAINT SEVER	Fournier	Chirurgien	55	DG	CM de Saint Sever	PS/PCF	réélu au 1er tour
	SOUSTONS	Barrère	Généraliste	54	SE	Maire de Soustons	PS/PCF	réélu au 1er tour
	SORE	Harribey	Cardiologue	46	Modéré		PCF/PS	réélu au 1er tour
	VILLENEUVE DE MARSAN	Blanquié	Généraliste	64	PS		PCF/RI	réélu au 1er tour
1979	CASTETS	Puyo	Généraliste	36	MOD, SE	1er adj au Maire Lit et mixe	1 PS/1 PC/1 RPR	élu au 2ème tour
56 c, 14 s, 7 m	DAX N	Boutarel	Médecine	36	MAJ/UDF/PR		PS/PCF	battu au 1er tour
	LABRIT	Laulom	Généraliste	56	RPR	CS, Maire	1 PS/1 SE/PCF	réélu au 2ème tour
	MIMIZAN	Cassagne	Généraliste	49	MOD/UDF/PR		1 PS/PC/SE/SOC IND	battu
	MONT DE MARSAN	Labeyrie	Généraliste	41	PS		PC/RPR/SE	élu au 2ème tour
	ST VINCENT DE TYROSSE	Calès	Généraliste	56	SE, UDF	Maire de Capbreton	RPR/PS/PCF	battu au 1er tour
	TARTAS EST	Estivals	Généraliste	46	SOC IND	3ème adj au Maire de Tartas	PC/PS/RPR	élu au 2ème tour

ELECTIONS CANTONALES LANDES

ANNEE	CANTON	CANDIDAT	PROFESSION	AGE	ETIQUETTE	C.S. OU PAS AUTRES MANDATS	AUTRES CANDIDATS	RESULTATS
1982	ROQUEFORT	Lamothe	Généraliste	53	PS	CS, Maire de Roquefort	1 PC/1 OPP	réélu
	SORE	Harribey	Cardiologue	56	OPP	CS	1 PS/1 PC	réélu au 1er tour
	ST SEVER	Fournier M	Chirurgien	62	DG	CS	PC/PS/IND	battu 2ème tour par le PS
	VILLENEUVE DE MARSAN	Dutin	Généraliste	47	PS	Adjoint au Maire	PCF/RPR	élu au 1er tour

ELECTIONS CANTONALES LANDES

ANNEE	CANTON	CANDIDAT	PROFESSION	AGE	ETIQUETTE	C.S. OU PAS AUTRES MANDATS	AUTRES CANDIDATS	RESULTATS
1985	AMOU	Daimallacq JJ	Généraliste	47	Sout RPR/UDF	Maire d'Amou	1 Sout PS, PCF	élu au 1er tour
	CASTETS	Puyo B	Généraliste	42	Sout UDF	Maire de Lit et Mix	1 PS/1 PC/1 FN	réélu au 1er tour
	LABRIT	Laulom	Généraliste	65	DM	Maire	1 PC/1 PS/1 FN	réélu au 1er tour
	MONT DE MARSAN	Labeyrie	Généraliste	47	PS	Maire, CS, Sénateur	PC/PS/RPR/UDF/CNIP/FN/SE	réélu au 2ème tour
	MORCENX	Mouyen	Généraliste	36	Sout RPR/UDF	CM de Morceaux	PS/PC/FN/SJ	battu au 1er tour
1988	DAX SUD	Lalane H	Biologiste	56	UDF	1er adj de Dax, CR	PS/PC/FN	élu au 2ème tour
	ROQUEFORT	Lamothe J	Généraliste	59	DVG	Maire, CS	PS/PCF/DV	battu au 2ème tour
	SORE	Lauga R	Généraliste	59	SE	CM de Luxey	PCF/PS	élu au 1er tour
	VILLENEUVE DE MARSAN	Dutin J	Généraliste	53	PS	CS	PCF/FN	élu au er tour

ELECTIONS CANTONALES LOT-ET-GARONNE

ANNEE	CANTON	CANDIDAT	PROFESSION	AGE	C.S. OU PAS AUTRE MANDAT	ETIQUETTE	AUTRES CANDIDATS	RESULTATS
1964	TOURNON	Morel	Généraliste	37		Indépendant	PCF / DG / Ind	élu au 2ème tour
1967	TONNEINS	Ropars	Généraliste	51	Maire de Tonneins	Indépendant	PCF / FGDS	élu au 1er tour
	LA PLUME	Aulong	Chirurgien	46		Indépendant	PCF / Ind / FGDS	battu 1er tour

ELECTIONS CANTONALES LOT-ET-GARONNE

ANNEE	CANTON	CANDIDAT	PROFESSION	AGE	C.S. OU PAS AUTRE MANDAT	ETIQUETTE	AUTRES CANDIDATS	RESULTATS
1970 62c,19s 3m	AGEN 1er	Aulong	Chirurgien	49		UDR	PCF / RI / SOC. / DG / RP	élu au 2ème tour ctre 1PCF et 1DG
	PUYMIROL	Faure	Généraliste	33	Maire de Puymirol	RS	SE / PCF	élu au 1er tour
	TOURNON	Morel	Généraliste	43	Maire de Tournon	CG	PCF / DG / UDR	élu au 2ème tour ctre 1 DG
1973	AGEN Centre	Esquirol	Chirurgien	51	Maire d'Agen	SE	PS / REF / MAJ. P PCF	élu ctre majorité
	AGEN OUEST	Lapoujade	Généraliste	42	Maire du Passage d'Age	CNIP	DG/UGSD/PCF	élu au 1er tour
	VILLENEUVE Sud	Descayrac	Généraliste	46		UGSD	PCF / Centriste	battu au 1er tour
	VILLENEUVE Nord	Le Nouene	Généraliste	31	CM de Villeneuve sur L	CENTRE	PCF/UGSD/Maj	battu au 1er tour

ELECTIONS CANTONALES LOT-ET-GARONNE

ANNEE	CANTON	CANDIDAT	PROFESSION	AGE	C.S OU PAS AUTRE MANDAT	ETIQUETTE	AUTRES CANDIDATS	RESULTATS
1976	AGEN Centre	Esquirol	Chirurgien	54	Maire d'Agen	SE	PCF/PS	réélu au 1er tour
	AGEN Nord	Aulong	Chirurgien	55	CS		PCF/PS	réélu au 1er tour
	CASTELJALOUX	Teyssier	Généraliste	38		PS	PCF / Indépendant	élu au 2ème tour ctre Indépendant
	PORT STE MARIE	Espiau	Généraliste	35		PS	PCF / Indépendant	élu au 2ème tour
	PUYMIROL	Faure	Généraliste	39	CS, maire de Puymirol			
	TOURNON	Morel	Généraliste	49	Maire de Tournon	Ind. G	PCF/PS/ind (2)	élu au 2ème tour
1979	AGEN Ouest	Lapoujade	Généraliste	48	Maire du Passage d'Agen	Maj. Pres.	PCF / PS	élu au 1er tour
	LAROQUE - TIMBAUT	Marque	Généraliste	49		Maj. Pres.	PCF / PS / Rad. / Maj. Pres.	battu au 1er tour
	FUMEL	Mauvezin	Généraliste	48	maire de Fumel (CS, 76)	mod DMF	Maj prés/PCF/Ind	réélu au 1er tour
	MARMANDE Est	Wind	Cardiologue	42		RPR	Maj. Pres. / PCF / PS	battu au 1er tour
	TONNEINS	Deche	Généraliste	53		Maj. Pres. (JFP)	PS / PCF / RPR	battu au 2ème tour

ELECTIONS CANTONALES LOT-ET-GARONNE

ANNEE	CANTON	CANDIDAT	PROFESSION	AGE	C.S OU PAS AUTRE MANDAT	ETIQUETTE	AUTRES CANDIDATS	RESULTATS
1982	AGEN Centre	Chollet Paul	Pédiatre	54	CS(81)	OPP.	PCF / PS / Ecolo	réélu au 1er tour
	AGEN Nord	Aulong	Chirurgien	61	CS	OPP.	PCF / PS / Ecolo	réélu au 1er tour
	CASTILLONNES	Yvinec	Généraliste	51		OPP.	PCF / PS	réélu au 1er tour
	MAS D'AGENAIS	Castaing	Généraliste	39		PS	PCF / OPP. / DVG	élu au 2ème tour
	NERAC	Brunet	Généraliste	53	CM	OPP.	PCF / PS	élu au 1er tour
	PORT STE MARIE	Espiau	Généraliste	41		PS	PCF / OPP	élu au 2ème tour
	PUYMIROL	Faure	Généraliste	46	CS, maire	OPP.	PCF / PS / Ecolo	élu au 1er tour
	TOURNON	Morel	Généraliste	55	CS, maire de Tournon	OPP.	MRG / Soc. Ind. / PCF / PS RPR	réélu au 2ème tour
CASTELJALOUX	Teyssier	Généraliste	44	CS	PS	OPP. (2) / DVG / PCF	réélu au 2ème tour	

ELECTIONS CANTONALES LOT-ET-GARONNE

ANNEE	CANTON	CANDIDAT	PROFESSION	AGE	C.S OU PAS AUTRE MANDAT	ETIQUETTE	AUTRES CANDIDATS	RESULTATS
1985	AGEN Ouest	Lapoujade	Généraliste	57	CS, Maire du Passage d'A	OPP.	PCF/PS/FN/ERA	réélu 1er tour
	MARMANDE Est	Wind	Cardiologue	48	Conseiller Municipal de Marmande	RPR	OPP / PS / PCF / FN	battu 1er tour
1988	CASTILLONNES	Yvinec	Généraliste	57	Maire de Castillonnes - CS	UDF	PCF / PS / FN	élu 1er tour
	NERAC	Brunet	Généraliste	59	CS, Maire de Nérac	UDF	PCF / FN / PS	réélu 1er tour
	PORT STE MARIE	Espiau	Généraliste	47	CS, Maire d'Aiguillon	PS	PCF / UDF / FN	battu 2ème tour par UDF
	PUYMIROL	Faure	Généraliste	52	CS, Maire de Puymirol	RPR	PS / PCF / FN / DVD PCF (réno)	réélu 2ème tour contre PS
	TOURNON	Morel	Généraliste	61	CS, Maire de Tournon	UDF / DVD	PS / PCF / DVD / FN / SE / Ecolo	battu 2ème tour (PS)
	CASTELJALOUX	Teyssier	Généraliste	50	CS, CM de Casteljaloux	PS	PCF / UDF	réélu 2ème tour contre UDF
	AGEN Centre	Chollet P.	Pédiatre	60	CS, CMA d'Agen, dép(86)	UDF	PCF / PS / SE / PCF (réno) PCF (réno) / FN / Ecolo	réélu 2ème tour ctre PS
AGEN Nord	Aulong	Chirurgien	67	CS	RPR	PCF / PS / SE (2) / FN Ecolo	réélu 2ème tour ctre PS	

ELECTIONS CANTONALES PYRENEES ATLANTIQUES

ANNEE	CANTON	CANDIDAT	PROFESSION	AGE	ETIQUETTE	C.S. OU PAS AUTRES MANDATS	AUTRES CANDIDATS	RESULTATS
1961	ARTHEZ	Plantier Maison	Généraliste Généraliste	40 44	UNR DIC SEP	Maire d'Artix CS	PCF/SFIO	élu au 2ème tour battu au 2ème tour
	BAYONNE Est	Grenet	Chirurgien	53	DVG	CS, maire Bayonne	PCF /SFIO /DVG	élu
	BIARRITZ	Maton	Généraliste	63	CNI	CS / CM de Biarritz	PCF / PSU / Div.	élu
	TARDETS	Pribat	Généraliste	46	Indépendant		PCF	élu
1963	ARUDY	Ebrard	Dermato	37	SEP	Député	Ind. / PCF / GD / ALL	élu
	HASPARREN	Darraidou	Généraliste	33	DIC	CS	SEP (2)	élu
1964	ACCOUS	Lernout	Généraliste	56	RS	CS	PCF/UNR	réélu au 1er tour
	ARUDY	Ebrard	Dermato	38	Ras Dem	Cs, député	PCF/UNR	élu au 1er tour
	ESPELETTE	Labeguerie	Généraliste	43	CD		PCF	élu au 1er tour
	MORLAAS	Menjot	Généraliste	62	SFIO	CM de Morlaas	PCF	élu au 1er tour
	ST JEAN DE LUZ	Darricau	Généraliste	53	AL.	Maire de St Martin d'Arbezan	PCF/UNR	battu
1966	BIARRITZ	Dumora	Généraliste	38	SEP	Cm à Biarritz	PCF/CD	battu au 2ème tour par le maire de Biarritz
1967	ARTHEZ	Plantier	Généraliste	46	5ème Rep.	CS	PCF	élu au 1er tour
	BAYONNE	Grenet	Chirurgien	59	FGDS	CS, maire de Bayonne	PCF / PS / CD / 5ème rep.	élu au 2ème tour ctre 5ème Rep
	HASPARREN	Darraidou	Généraliste	37	SEP	CS	PCF / REP. /	élu au 1er tour
	MONEIN	Prigent	Généraliste	42	Ind R.I.	CS	FGDS / PCF	élu au 1er tour
	ST JEAN PIED DE P	Burucoa	Généraliste	37	ENBATA		PCF, / UNR / Ind	battu
	TARDETS	Pribat	Généraliste	52	SEP Ind.	CS	ENBATA / PCF	réélu

ELECTIONS CANTONALES PYRENEES ATLANTIQUES

ANNEE	CANTON	CANDIDAT	PROFESSION	AGE	ETIQUETTE	C.S. OU PAS AUTRES MANDATS	AUTRES CANDIDATS	RESULTATS
1970 80c, 21s 11m	ACCOUS	Lernout	Généraliste	62	RI	CS	PCF / Soc.	réélu au 1er tour
	ARUDY	Ebrard	Généraliste	44	DIL & UD	CS	PCF / DIC	réélu au 1er tour
	BAYONNE Nord-Ouest	Nansot	Généraliste	52	PS		PSU / SE / PCF	battu au 1er tour
	ESPELETTE	Labeguerie	Généraliste	49		CS	PCF	réélu au 1er tour
	MORLAAS	Menjot Auriol	Généraliste Généraliste	68 51	UDR Maj. Pres.	CS / CM de Morlaas	PCF / Maj. / SE / Soc.	réélu au 2ème tour battu au 2ème tour
	OLORON Ste MARIE	Dornon	Généraliste	45	DIC / RI	CM adj Esquiule	UR / RD / PCF / PSU / Soc.	battu au 2ème tour
	ORTHEZ	Tachaires	Généraliste	49	SEP		RD / PCF / PSU	battu au 2ème tour
	PAU Est	Chambaud	Généraliste	43	AL		PCF / RS / Soc.	battu au 1er tour
	PONTACQ	Dupont	Généraliste		UDR		SE / PCF / Rad.	battu au 1er tour
USTARRITZ	Lastrade	Généraliste	46	SEP	CMA d'Ustarritz	PCF / UDR / RI	élu au 2ème tour	
1972	MORLAAS	Menjucq	Généraliste	70	SEP	CM de Morlaas	PCF	élu battu
		Auriol	Généraliste	53	SEP Ind.			
1973	ARTHEZ	Plantier	Généraliste	52	UDR	CS, Dép.maire	PS / PCF	réélu au 1er tour
	BAYONNE Est	Nansot	Généraliste	55	PS	CS / Maire de Bayonne	PCF Chrétien social	battu au 1er tour élu au 1er tour
		Grenet	Généraliste	65	SEP			
	BIARRITZ	Zunzarren	Généraliste	47	Maj. Pres.	Cm Biarritz	PCF / PS / SEP / IC	battu au 1er tour
	LAGOR	Trebesses	méd gyn obst h	40	DIC		PS / PCF / RP / RIA	battu au 2ème tour
	MONEIN	Prigent	Généraliste	48	DIC	CS	PS / PL	élu au 1er tour
	OLORON Ste MARIE	Fauchay	Généraliste	49	SEP		PCF / RS	réélu
TARDETS	Pribat	Généraliste	58	SEP	CS	PS / PCF / SEP	élu au 1er tour	

ELECTIONS CANTONALES PYRENEES ATLANTIQUES

ANNEE	CANTON	CANDIDAT	PROFESSION	AGE	ETIQUETTE	C.S. OU PAS AUTRES MANDATS	AUTRES CANDIDATS	RESULTATS
1976	ACCOUS	Lernout	Généraliste	68	RI	Cs	PCF / PS / Maj.	battu par le PS
	BIARRITZ	Dumora	Généraliste	48	MRG	CM Biarritz,	PS / RPR	battu par le PS
	ESPELETTE	Labeguerie	Généraliste	55	Centre Démo. Maj. Pré.	CS, maire de Cambo	PCF / PS	réélu au 1er tour
	MORLAAS	Menjuq Auriol	Généraliste Généraliste	39 57	SE DIC	Cs, CM adj Morlaas	PS / PCF / SE	élu au 2ème tour battu
	OLORON Ouest	Dornon	Généraliste	53	AL / ind. / Maj. Prés.	CM adj Esquiule	PCF / PS / Maj. Prés. (2)	battu au 2ème tour par PS
	PAU Sud	Ebrard	Généraliste	50	Maj. Pres. RI	Maire d'Oloron, cs	Droite / PCF / SEP	battu au 2ème tour
	ST JEAN DE LUZ	Despesailles	Généraliste	52	SEP		PS / UDR / PCF	battu
	USTARRITZ	Lastrade	Généraliste	52	SEP	CS	PCF / UDR / PS / SEP	battu par SEP
1979	ARTHEZ	Maison Costedoat	Généraliste Généraliste	62 51	Sout. MRG DIC	Maire d'Arthez Maire de Mesplède	PS , / PCF	battu au 1er tour élu 2ème tour
	BAYONNE Est	Grenet	Chirurgien ret	71	Maj. Pres	CS	PS / PCF / EHAS	élu 1er tour
	BIARRITZ Ouest	Saury	Généraliste	65	RPR	CM de Biarritz	PCF / PS / SEP / UDF	elu au 2ème tour ctre PS

ELECTIONS CANTONALES PYRENEES ATLANTIQUES

ANNEE	CANTON	CANDIDAT	PROFESSION	AGE	ETIQUETTE	C.S. OU PAS AUTRES MANDATS	AUTRES CANDIDATS
1982	BILLERE	Pichot	Généraliste	57	MRG		PCF / opp RPR UDF / FN
	MORLAAS	Menjuq	Généraliste	45	RPR / UDF	CS / CR / Maire adj. de Morlaas	PCF / PS
	USTARRITZ	Quantin	Généraliste	35	Av. du Canton		SEP / PCF / PS
1985	ARTHEZ	Costedoat	Généraliste	57	UDF	Maire de Mesplède, CS	PS / PCF
	BAYONNE Est	Grenet	Généraliste	77	UDF	Maire de Bayonne, CS	PCF / FN / PS
	BIARRITZ Ouest	Saury	Généraliste	71	RPR UDF	CS	PCF / FN / PS / MGP
	LARUNS	Berdou	Généraliste	33	PS	CMA de Laruns	PCF / SEP / RPR
	LESCAR	Claverie	Généraliste	41	UDFCDS	Maire de Lescar	PCF / PS / FN
		Chambaud	Généraliste	56	RPR	Maire de Lons	
	OLORON Ste MARIE	Fauchay	Généraliste	67	UDR		PCF / PS / FN
TARDETS	Pribat (fils)	Généraliste	36	Opp.		PS / PCF	

ELECTIONS CANTONALES PYRENEES ATLANTIQUES

ANNEE	CANTON	CANDIDAT	PROFESSION	AGE	ETIQUETTE	C.S. OU PAS AUTRES MANDATS	AUTRES CANDIDATS	RESULTATS
1988 118c,27s	MAULEON	Roger	Généraliste	55	UDF	CS	PCF / PS / Abernatz	battu 2 è me tour
	MORLAAS	Menjuqç	Généraliste	51	UDF	CS / CR	PCF / PS / FN	élu 1er tour
	ST JEAN de LUZ	Ricau	Généraliste	71	UDF	CM de St Jean de Luz	PCF / PS / Abernatz	élu 1er tour

ANNEXE 4

LES MEDECINS MAIRES ET LEURS COMMUNES EN 1959
--

NOMS	COMMUNES	N CM
CONQUET	Villefranche de Lonchat	13
DEGUIRRAL	Carsac	13
FOURNIER	Lamothe Montravel	13
GARRIGUE	Jumilhac	17
GAYOUT	Saint Marcel du Périgord	13
LAGOUBIE	Montpon	23
LANCON	Biras	11
LECLAIRE	Sarlat	23
PASCAUD	Neuvic s/Isle	21
PERRIN	Issigeac	13
VALADE	Paysac	11

LES MEDECINS MAIRES ET LEURS COMMUNES EN 1971
--

NOMS	COMMUNES	N CM
CAZEAU	Ribérac	23
COLIN	Chalagnac	11
FALLACHER	St Méard de Drone	11
LANCON	Biras	11
LECLAIRE	Sarlat	23
MILLET - LACOMBE	Miallet	13
MOULINER	Vergt	13
PASCAUD	Neuvic s/Isle	21
PERRIN	Issigeac	13
PHILIPPE	Carlux	13
POMS	Flaugeac	11
ROUSSEAU	Chapelle Gonaguet	11

LES MEDECINS MAIRES ET LEURS COMMUNES EN 1977
--

NOMS	COMMUNES	N CM
BIOULAC	St Bart de Buss	11
CAZEAU	Ribérac	23
COLIN	Chalagnac	11
FALLACHER	St Méard de Drone	11
GOUZOT	Lalinde	21
GRANDOU	Trélissac	23
GUIONNEAU	Villefranche de Lonchat	13
LATASTE	Lanouailles	13
MOULINIER	Vergt	13
PHILIPPE	Carlux	13
POMS	Flaujac	11
REVILLE	La Force	17
ROUSSEAU	Chapelle Gonague	11

LES MEDECINS MAIRES ET LEURS COMMUNES EN 1983
--

NOMS	COMMUNES	N CM
BIOULAC	St Bart de Buss	11
COLIN	Chalagnac	11
DUCENE	St Alvere	15
FALLACHER	St Méard de Drone	11
GOUZOT	Lalinde	23
GUIONNEAU	Villefranche de Lonchat	15
LATASTE	Lanouailles	15
MAGIMEL - PELONIER	Capdrot	11
ROUSSEAU	Chapelle Gonague	12

LES MEDECINS MAIRES ET LEURS COMMUNES EN 1989
--

NOMS	COMMUNES	N CM
BEDIN	Excideuil	19
BIOULAC	St Bart de Buss	11
CAZEAU	Ribérac	27
DUCENE	St Alvère	15
FALLACHET	St Méard de Drone	11
GUILLOUT	St Pardoux la Rivière	15
LATASTE	Lanouailles	15
MAGIMEL - PELONIER	Capdrot	11
MOULINER	Vergt	15
PINTO	Velines	15
ROUSSEAU	Chapelle Gonague	11

LES MEDECINS MAIRES ET LEURS COMMUNES EN 1959
--

NOMS	COMMUNES	N CM
ABAUT	Langoiran	13
ARRECGROS	Cazats	11
BARRY	Bagas	11
BLANC	Taillan Médoc	13
DALBOS	Pessac	27
DELEST	Marcheprime	13
DELOM - SORBE	Ruch	13
DUPUY	Puisseguin	13
PORTMANN	Ste Eulalie	13
DESTOUESSE	St Laurent du Médoc	17
DUBORY	Capian	13
DUBOS	Mouillac	9
DUCAU - MARTIN	Hosteins	13
DUFFAU	Gornac	11
DOUBLET	Beautiran	13
DOTTAIN	Margaux	13
FOURNIER	St Seurin de Coursac	11
GROULIER	Bourg s/ Gironde	17
ICHARD	La Teste	27
LAFON	Lalande de Pomerol	11

LES MEDECINS MAIRES ET LEURS COMMUNES EN 1959

NOMS	COMMUNES	N CM
MANO	Beliet	13
MARTIN	Bazas	23
MONNET	La Sauve	13
LEVRIER	Talence	27
TEYSSANDIER	Lugon et Ile de Carnay	13

LES MEDECINS MAIRES ET LEURS COMMUNES EN 1965
--

NOMS	COMMUNES	N CM
BARRY	Bagas	11
BRAVARD	Mios	17
BRUN D'Espagne	St Germain du Puch	13
CAMPAGNE	Vendays Montalivet	17
DE VIGNERIE	Lanton	13
DALBOS	Pessac	27
DE GROC	Origne	11
DEJAN	Fargues St Hilaire	13
DELOM - SORBE	Ruch	11
DOTTAIN	Margaux	13
DOUENCE	Castets en Dorthe	11
DUBORY	Capian	13
DUCAUT - MARTIN	Hostens	13
DUPUY	Puisseguin	13
FERRAND	Rions	13
FOURNIER	St Seurin de Coursac	11
GRASILIER	Blaye	23
GROULIER	Bourg s/ Gironde	21
ICHARD	La Teste	27
LACOUR	Gensac	13

LES MEDECINS MAIRES ET LEURS COMMUNES EN 1965

NOMS	COMMUNES	N CM
MARTIN	Bazas	23
NOEL	St Vivien du Médoc	13

LES MEDECINS MAIRES ET LEURS COMMUNES EN 1971
--

NOMS	COMMUNES	N CM
BACH	Quinsac	13
BALERE	Eglisottes	17
BRAVARD	Mios	17
BRUN DESPAGNE	St Germain du Puch	13
CAMPAGNE	Vendays Montalivet	17
DALBOS	Pessac	33
DE VIGNERIE	Lanton	17
DEJEAN	Fargues St Hilaire	13
DOTTAIN	Margaux	13
DOUENCE	Castets en Dorthe	13
DUPUY	Puisseguin	13
FERRAND	Rions	13
GRASILIER	Blaye	23
GROULIER	Bourg s/Gironde	17
ICHARD	La Teste	27
LACOUR	Gensac	13
LAFON	Lalande de Pomerol	13
NOEL	St Vivien du Médoc	13
POISSANT	Etauliers	13
PORTMANN	Ste Eulalie	17
QUERAUX	Ste Hélène	13

LES MEDECINS MAIRES ET LEURS COMMUNES EN 1977
--

NOMS	COMMUNES	N CM
ASTORGIS	La Réole	23
BARES	Verdelais	13
CANIVENC	Gradignan	27
CLAVELEAU	Lapouyade	11
DE VIGNERIE	Lanton	17
DEMOULE	Macau	17
DOUENCE	Castets en Dorthe	13
DUBO	Arsac	13
FERRAND	Rions	13
FLEURY	Arcachon	27
GRASILIER	Blaye	23
GROULIER	Bourg s/ Gironde	17
GUIRRIEC	Cavignac	13
JOSSELIN	Le Tourne	13
LACOUR	Gensac	13
LAFON	Lalande de Pomerol	13
MARTIN	Bazac	23
NOEL	St Vivien du Médoc	13
PESSONIER	Lansac	13
POISSANT	Etauliers	13
PREVOT	Lesparre	23

LES MEDECINS MAIRES ET LEURS COMMUNES EN 1983
--

NOMS	COMMUNES	N CM
ARNOU - LAUJAC	Lacanau	19
ASTORGIS	La Réole	27
CANIVENC	Gradignan	35
CASTAGNERA	Talence	39
CLAVELEAU	Lapouyade	11
COLAVOLPE	Salignac	15
DOUENCE	Castets en Dorthe	15
DUBO	Arsac	23
FLEURY	Arcachon	33
GUACHINARD	Pujols	15
GRASILIER	Blaye	27
GROULIER	Bourg s/Gironde	19
GUIRRIEC	Cavignac	15
LAFON	Lalande de Pomerol	15
MARTIN	Bazas	27
MASSE	Quinsac	19
NOEL	St Vivien du Médoc	15
POISSANT	Etauliers	19
PREVOT	Lesparre	27
QUERAUX	Ste Hélène	

LES MEDECINS MAIRES ET LEURS COMMUNES EN 1989
--

NOMS	COMMUNES	N CM
ARNOU LAUJAC	Lacanau	19
BRIANT	Lestiac s/Gironde	15
CANIVENC	Gradignan	35
CASTAGNERA	Talence	39
CASTAGNET	La Réole	27
CLAVELEAU	Lapouyade	11
COLAVOLPE	Salignac	15
DOUENCE	Castets Dorthe	15
DUBO	Arsac	23
ESPIED	La Teste	33
GUACHINARD	Pujols	15
LAVIELLE	St Sulpyce et Cameyrac	23
MARQUETTE	Bazas	27
MARTIN	Bazas	27
NOEL	St Vivien du Médoc	15
PREVOT	Lesparre	27
RAVAUT	Vayres	19
SEGUIN	Uzeste	11
VERITE	Langon	29

LES MEDECINS MAIRES ET LEURS COMMUNES EN 1959
--

NOMS	COMMUNES	N CM
BARBE	Eugénie les Bains	11
BARRERE	Souston	23
DUBECQ	St Vincent de Paul	13
DUBOURDIEU	Meilhan	13
DUCOURNAU	Sore	13
DUSSARTHOU	St Paul les Dax	23
FIALON	Saubusse	13
FILLOL	Luxey	13
FOURNIER	St Sever	23
FRANC	Labouheyre	17
HOSTEIN	St Martin d'Oney	13
LACOSTE	Herm	13
LAULOM	Labrit	13
LUDWIG	Arengosse	13
LUGARDON	Brocas	13
MIRTIN	Parentis en Born	17
SOURGEN	Lit et Mixe	13

LES MEDECINS MAIRES ET LEURS COMMUNES EN 1965
--

NOMS	COMMUNES	N CM
BARBE	Eugénie les Bains	11
BARRERE	Soustons	23
BENDERITTER	Benquet	13
BLANQUIE	Villeneuve de Marsan	17
DUBOS	Sanguinet	13
DUBOURDIEU	Meilhan	13
DUCOURNAU	Sore	13
DULUC	Pissos	13
FIALON	Saubusse	13
FILLOL	Luxey	13
FRANC	Labouheyre	17
LACOSTE	Herm	13
LAMOTHE	Roquefort	17
LASSERRE	Biscarosse	21
LAULOM	Labrit	13
LUDWIG	Arren Gosse	13
LUGARDON	Brocas	13
MIRTIN	Parentis en Born	17
SOURGEN	Lit et Mixe	13

LES MEDECINS MAIRES ET LEURS COMMUNES EN 1971
--

NOMS	COMMUNES	N CM
BARBE	Eugénie les Bains	11
BARRERE	Soustons	23
CALES	Capbreton	23
CASSAIGNE	St Justin	23
DARMAILLACQ	Habas	13
DUBOURDIEU	Meilhan	13
DUCOURNAU	Tercis	13
DULUC	Pissos	13
FRANC	Labouheyre	17
LAMOTHE	Roquefort	17
LAULOM	Labrit	13
LUGARDON	Brocas	13
MIRTIN	Parentis en Born	23
PARANT	Lucbardez	11
PHALIPPON	Port de Lanne	13
SOURGEN	Lit et Mixe	13

LES MEDECINS MAIRES ET LEURS COMMUNES EN 1977
--

NOMS	COMMUNES	N CM
BARBE	Eugénie les Bains	11
CALES	Capbreton	23
CASSAIGNE	St Justin	13
DU COURNAU DE CARRITZ	Tercis les bains	13
DUBOS	St Avit	11
DULUC	Pissos	13
FRANC	Labouheyre	21
LAMOTHE	Roquefort	17
LAULOM	Labrit	13
LUGARDON	Brocas	13
MIRTIN	Parentis en Born	23

LES MEDECINS MAIRES ET LEURS COMMUNES EN 1959
--

NOMS	COMMUNES	N CM
BACQUE	Damazán	13
BARAILHE MONTOUR	St Vincent Lam	11
MAYRIN	Gontaud	13
MOREL	Tournon d'Agenais	13
VALOIS	Laroque Timbaut	13

LES MEDECINS MAIRES ET LEURS COMMUNES EN 1965
--

NOMS	COMMUNES	N CM
BACQUE	Damazán	13
FAURE	Puymirol	13
MOREL	Tournon d'Agenais	13
ROPARS	Tonneins	23
SAINTBEAT	La Capelle Biron	11
VAL	Laroque Timbaut	13

LES MEDECINS MAIRES ET LEURS COMMUNES EN 1971

NOMS	COMMUNES	N CM
ESQUIROL	Agen	31
FAURE	Puymirol	13
MOREL	Tournon d'Agenais	13
ROPARS	Tonneins	23
SICARDON	Sos	13

LES MEDECINS MAIRES ET LEURS COMMUNES EN 1983
--

NOMS	COMMUNES	N CM
BACQUE	Damazan	15
BONNEVAY	Verteuil d'Agenais	15
BRUNET	Nérac	23
ESPIAU	Aiguillon	27
FAURE	Puymirol	15
LAPOUJADE	Le Passage d' Agen	29
MOREL	Tournon d'Agenais	15
MAUVEZIN	Fumel	29
SICARDON	Sos	15
YVINEC	Castillones	15

LES MEDECINS MAIRES ET LEURS COMMUNES EN 1989
--

NOMS	COMMUNES	N CM
BONNEVAY	Verteuil d'Agenais	15
BRUNET	Nérac	23
CHOLLET	Agen	39
ESPIAU	Aiguillon	27
FAURE	Pyumiroi	15
GARDESSE	St Antoine de Ficalba	15
LAPOUJADE	Le Passage d'Agen	29
MAUVEZIN	Fumel	29
MONSET	Monclar	15
MOREL	Tournon d'Agenais	15
SAINTBEAT	La Capelle Biron	11
YVINEC	Castillones	15

LES MEDECINS MAIRES ET LEURS COMMUNES EN 1959
--

NOMS	COMMUNES	N CM
CAMINO	Cambo les Bains	21
COSTEDOAT	Mesplede	11
DASTE	Lagor	13
DUCASSE	Lacadée	11
GRENET	Bayonne	31
LAFON	Osserain Rivareyte	11
MAISON	Arthez Béarn	13
PLANTIER	Artix	13
PLANTIER	Artix	13

LES MEDECINS MAIRES ET LEURS COMMUNES EN 1965
--

NOMS	COMMUNES	N CM
COSTEDOAT	Mesplede	11
DARRICAU	St Martin d'Arderoue	11
DASTE	Lagor	17
EBRARD	Oloron Ste Marie	27
GRENET	Bayonne	31
LABEGUERIE	Cambo les Bains	21
LACROIX	Anglet	27
LAFON	Osserain Rivareyte	11
LHOSMOT	St Jean Pied de Port	17
MAISON	Arthez Béarn	13
PENAUD	Bassussary	11
PLANTIER	Artix	17

LES MEDECINS MAIRES ET LEURS COMMUNES EN 1971
--

NOMS	COMMUNES	N CM
COSTEDOAT	Mesplede	11
DARRICAU	St Martin d'Arderou	11
DASTE	Lagor	17
EBRARD	Oloron Ste Marie	27
FAGOAGA	Sare	17
GRENET	Bayonne	33
LABEGUERIE	Cambo les Bains	23
LHOSMOT	St Jean Pied de Port	17
MAISON	Arthez Béarn	13
PENAUD	Bassussary	11
PLANTIER	Artix	21
ROSPIDE	Ciboure	23
SEHABIAGUE	Lanessore	13
THIELLEY	Urt	13

LES MEDECINS MAIRES ET LEURS COMMUNES EN 1983
--

NOMS	COMMUNES	N CM
CHAMBAUD	Lons	29
CLAVERIE	Lescar	29
COSTEDOAT	Mesplede	11
FOUSSATS	Gan	27
GRENET	Bayonne	43
LHOSMOT	St Jean Pied de Port	19
MAISON	Arthez	19
PENAUD	Bassussary	15
PLANTIER	Artix	23

LES MEDECINS MAIRES ET LEURS COMMUNES EN 1989

NOMS	COMMUNES	N CM
CLAVERIE	Lescar	29
COSTEDOAT	Mesplede	11
GRENET	Bayonne	43
MONLONG	St Etienne de Bagorry	19

ANNEXE 5

Présentation ANNEXE 5

Suivant les départements, les résultats ne sont pas tous disponibles. Le nombre de conseillers municipaux donne une indication de la taille de la commune.

La rubrique « rang (1,2,3) » donne le nombre de médecins élus au premier tour avec un rang d'élection compris entre le 1^{er} et le 3^{ème} avec précision du nombre de médecins sur lequel a été réalisée l'estimation. À partir de 1983, l'étude n'a pu être réalisée que dans les communes où le nombre de conseillers municipaux n'excède pas 23.

Total 59 sur rang (1,2,3)...4 départements ; échantillon 206 médecins sur un total de 245 : 100
 Total 65..... 4 départements ; échantillon 215 médecins sur un total de 239 : 109
 Total 71.....5 départements, échantillon 301 médecins sur un total de 316 : 139
 Total 77.....3 départements sur 5, échantillon 205 médecins sur un total de 215 ;85
 Total 83.....3 départements sur 5, échantillon 143 médecins sur un total de 223 ; 53
 Total 89.....4 départements sur 5, échantillon 161 médecins sur un total de 297 ; 58

Dordogne : nombre de médecins élus conseillers municipaux de 1959 à 1989.

En 1962, 580 communes.

En 1996, 557 communes.

Conseillers municipaux : 1959 (6600), 1989 (6966).

Pas de tableaux des conseils municipaux aux archives pour 1965. Documents en mauvais état pour 1959.

Nombre de conseillers municipaux par commune	1971	1977	1983	1989
9				
11	12	10	13	10
13	23	16		
15			19	22
17	6	3		
19	1	1	3	4
21	7	4		
23	6	6	5	7
27	1	1	3	1
29			4	4
31	2	1		
33				
35			4	2
39			2	4
+de 39				
total	58	42	53	55
M, maires	12	13	11	11
Rang (1,2,3)	25sur 58	17 sur 42	18 sur 39	18 sur 41

Gironde : nombre de médecins élus conseillers municipaux de 1959 à 1989.

Nombre de conseillers municipaux : 1959 (7111), 1977 (7426), 1989 (8300).

Nombre de communes : Entre 550 et 542 (variations entre 1959 et 1989).

Nombre de conseillers municipaux par commune	1959	1965	1971	1977	1983	1989
9	1					
11	9	8	3	7	5	8
13	37	36	38	33		
15					27	27
17	13	16	19	21		
19					17	24
21	6	9	6	4		
23	9	13	23	24	16	9
27	15	14	15	15	12	18
29					14	12
31		2	1			
33			4	2	7	11
35					15	9
39					2	2
+de 39	6	4	4	5	12	12
total	96	102	113	111	117	132
M, maires	24	25	21	21	19	20
Rang (1,2,3)	51 sur 90	46 sur 89	48 sur 103	39 sur 101	25 sur 69	20 sur 63

Landes : nombre de médecins élus conseillers municipaux de 1959 à 1989.

1959, 28 cantons.

1977, 31 cantons, 329 communes.

Nous n'avons pas retrouvé le nombre de conseillers municipaux des Landes. Il est très proche de celui du Lot-et-Garonne. La population et le nombre de communes de chacun des départements sont voisins.

Nombre de conseillers municipaux par commune	1959	1965	1971	1977
9		1	1	
11	1	3	6	4
13	25	25	28	28
15				
17	8	7	7	9
19				
21	1	10	4	3
23	8	6	11	13
27	9	9	7	5
29				
33				
35				
39				
+de 39				
total	52	61	64	62
M, maire	17	19	16	11
Rang (1,2,3)	20 sur 38	32 sur 60	34 sur 63	29 sur 62

Lot et Garonne : nombre de médecins élus conseillers municipaux de 1959 à 1989.
 Repères : 4010 conseillers municipaux en 1965, 4034 en 71, 4291 en 1983.
 Entre 310 et 320 communes.

Nombre de conseillers municipaux par commune	1959	1965	1971	1983	1989
9					
11	3			3	6
13	8	6	6		
15				16	12
17	1	3	2		
19				5	7
21	1	2	2		
23		3	3	2	
27	3	2	3	4	4
29				6	6
31	1		1		
33				3	3
35				1	6
39				2	7
+de 39					
total	17	16	17	42	50
Med, maires	4	5	5	10	11
Rang (1, 2, 3)	9sur17	9sur16	4 sur 17	8 sur 26	13 sur 26

Pyrénées-Atlantiques : nombre de médecins élus conseillers municipaux de 1959 à 1989.
 Pour l'année 1977, il n'a pas été possible de retrouver les tableaux des conseils municipaux.
 Pour l'année 1989, l'enquête a été réalisée sur la base d'un document envoyé par le bureau des élections de la préfecture des Pyrénées-Atlantiques.

Indicateurs :

1965, 559 communes et 41 cantons.

1971, 44 cantons, 558 communes, 6661 conseillers municipaux.

1983, 47 cantons, 539 communes, 7031 conseillers municipaux.

Nombre de conseillers municipaux par commune	1959	1965	1971	1983	1989
9					
11	9	9	6	2	3
13	12	12	12		
15				17	13
17	4	6	12		
19				8	9
21	3	4	2		
23	4	5	14	6	6
27	6	16	14	7	7
29				8	5
31	3	3			
33	4		3	4	4
35		5		4	2
37			1		
39					3
+de 39				7	8
Total	45	60	64	63	60
M, maires	11	12	15	9	4
Rang (1, 2, 3)	17 sur 42	22 sur 50	28 sur 60	10 sur 35	7 sur 31

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages.

Abèles (Marc). *Jours tranquilles en 89. Ethnologie politique d'un département français*, Paris, Odile Jacob, 1989.

Adam (Pierre), Herzlich (Claudine), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan Université, coll 128, sociologie, 1995.

Aïach (Pierre), Fassin (Didier), (dir), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos collection sociologiques, 1994.

Aïach (Pierre), Fassin (Didier), Saliba (Jacques), « Crise pouvoir et légitimité », in *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, dans Aïach (Pierre), Fassin (D) (dir.), Paris, Anthropos collection sociologiques, 1994, p. 9-42.

Aïach (Pierre), Delanoë (Daniel), (dir.), *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos collection sociologiques, 1998.

Aparicio (Marie-Christine), *L'action du Conseil général en faveur du maintien à domicile des personnes âgées*, mémoire pour le DEA de science politique G.L.A.L, IEP de Bordeaux, 1990.

Arliaud (Michel), *Les médecins*, Paris, La Découverte, collection Repères, 1987.

Armal (Isabelle), *L'hôpital public dans le système politique local : enjeux politiques locaux et contraintes hospitalières. Le cas girondin*, mémoire pour le DEA de science politique, G.L.A.L, sous la direction de Pierre Sadran, IEP de Bordeaux, septembre 1993.

Auby (Jean-Bernard), Duran (Patrice), Lagroye (Jacques), *Les élections municipales à Talence en 1971*, rapport de séminaire vie locale, IEP de Bordeaux, université de Bordeaux I, 1970-1971.

Augé (Marc), Herzlich (Claudine), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Ed. des archives contemporaines, 1983.

Autrement, n°9, « Francs – tireurs de la médecine », n°68 mars 1985, n°161 février 1996 « Infiniment médecin ».

Balint (Michael), *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1972.

Barry (Stéphane), « La loi du 15 février 1902 : quelques-unes de ses applications à Bordeaux au début du XX^e siècle », dans Guyot (Jean-Claude), Hérault (Bruno), (dir.), *La santé publique. Un enjeu de politique municipale*, Bordeaux, Ed. de la Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine (MSHA), 2001, p.96.

Baszanger (Isabelle), *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Seuil, 1995.

Becquart-Leclerc (Jeanne), *Paradoxe du pouvoir local*, Paris, Presses de la FNSP, 1976.

Becquart-Leclerc (Jeanne), « Cumul des mandats et culture politique », dans CERVL, *Les pouvoirs locaux à l'épreuve de la décentralisation*, Paris, Pédone, 1983.

Benterla (Isabelle), *L'hôpital Jean Hameau d'Arcachon : un exemple de gestion hospitalière*, rapport de stage, 3^{ème} année, IEP de Bordeaux.

Berger (Paul) et Luckmann (Thomas), *La construction sociale de la réalité*, Paris, Méridiens Klincksieck, 1986.

Berlivet (Luc), « De l'éducation sanitaire à la promotion de la santé : la santé publique face aux accusations de moralisme », dans A. Garrigou (dir.), *La santé dans tous ses états*, Biarritz, Atlantica, 2000, p. 243-263.

Berridge (Victoria), « Harm minimisation and public health : an historical perspective », dans N. Heather, A. Wodak, E. Nadelman, et P. O'Hare (éd.). *Psychoactive drugs and Harm reduction, from Faith to science*, London, Whurr Publishers, 1993.

Bettati (Mario), Kouchner (Bernard), *Le devoir d'ingérence*, Paris, Denoël, 1987.

Biarez (Sylvie), *Le pouvoir local*, Paris, Economica, collection La vie politique, 1989.

Boltanski(Luc), Thévenot(Laurent), *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard essais, 1987.

Boltanski (Luc), *La souffrance à distance*, Paris, Métailié, 1993.

Bonici (Pierre), *L'hôpital : enjeux politiques et réalités économiques*, Paris, Notes et études documentaires, 1992.

Bouchayer (Françoise), « Les voies du réenchantement professionnel », dans Aïach (Pierre), Fassin (Didier), (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos collection sociologiques, 1994, p. 201-226.

Bouchet (Pierre), *La vie politique dans l'arrondissement d'Orthez sous la IIIème, la IVème et la Vème république de 1870 à 1982*. Document AD P-A,U3961.

Bourdelaïs (Patrice), (dir.), *Les hygiénistes, enjeux, modèles et pratiques*, Paris, Belin, 2001.

Bourdieu (Pierre), *Choses dites*, Paris, Ed. de Minuit, 1987.

Braud (Philippe), *Le jardin des délices démocratiques*, Paris, Presses de la FNSP, 1991.

Brechon(Pierre), Derville(Jacques), Lecomte(Patrick), *Les cadres du RPR*, Les cahiers du CERAT, 1986.

Broclain (Dominique), « La médecine générale en crise » dans Aïach (Pierre), Fassin (Didier), (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos collection sociologiques, 1994, p.121-160.

Canguilhem (Georges), *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, Quadrige, 1994.

CERVL, ouvrage collectif, *Les facteurs locaux de la vie politique nationale*, Ed. Pédone, 1972.

Carré (Thierry), Choque (Nathalie), *La belle européenne, le docteur et les petits hommes verts. Analyse de l'offre électorale, municipales de 1989 à Talence*, rapport de séminaire vie locale, IEP de Bordeaux, université de Bordeaux I, 1988-1989.

Clément (Serge), Drulhe (Marcel), Mantovani (Jean), Membrado (Monique), « La santé et la question sociale à l'épreuve de la ville. Mobilisation urbaine et précarité à Toulouse » dans Fassin (Didier) (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique*, Paris, La Découverte Recherches, 1998, p. 110-142.

Choron (Claude), *Problématique du pouvoir dans un centre hospitalier de moyenne importance*, mémoire pour le DEA de science politique G.L.A.L, IEP de Bordeaux, 1978.

Collovald (Annie), Gaïti (Brigitte), « Discours sous surveillance, le social à l'assemblée », dans Gaxie (Daniel) (dir.), *Le social transfiguré. Sur la représentation politique des préoccupations sociales*, Amiens CURAPP, PUF, 1990, p. 9-49.

Contardo (Céline), *L'exercice du pouvoir en matière de politique hospitalière locale. Le cas d'une organisation hospitalière : le C.H.G de Sainte-Foy-La-Grande*, mémoire pour le DEA de science politique G.L.A.L, IEP de Bordeaux, 1991-1992.

Cousin (Marie-Hélène), *Les politiques sociales des villes : étude portant sur trois villes de plus de 20000 habitants appartenant à la Communauté urbaine de Bordeaux*, Mémoire de DEA, G.L.A.L, IEP de Bordeaux, 1991.

CRESAL, *Les raisons de l'action publique*, Paris, L'Harmattan, collection Logiques politiques, septembre 1993.

Criqui (Etienne), *Le personnel politique local*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, 1986.

Cuzacq (René), *Les élections législatives à Bayonne et au pays basque de 1961 à 1965 et de 1965 à 1969*. Documents archives départementales des Pyrénées-Atlantiques U1843 et U 1918.

Déchamp-Le Roux (Catherine), « Vocation médicale et choix professionnel » dans Aiach (Pierre), Fassin (Didier) (dir.), *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos collection sociologiques, 1998.

De Gaulejac (Vincent), Roy (Shirley), (dir.), *Sociologies cliniques*, Paris, Ed. EPI, collection Reconnaissances, 1993.

Denni (Bernard), *La participation politique*, thèse sous la direction de F. D'Arcy, Grenoble, 1986.

Dion (Stéphane), *La politisation des mairies*, Paris, Economica, 1986.

Dodier (Nicolas), *L'expertise médicale : essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié, collection Leçons de choses, 1993.

Dogneton (Bertrand), *Les élections municipales de 1983 en Dordogne*, Mémoire pour le DEA de Science politique, G.L.A.L, IEP de Bordeaux, 1983.

Dubar (Claude), *La socialisation*, Paris, A. Colin, collection U, 2^{ème} édition 1996.

Dubar (Claude), Tripier(Pierre), *Sociologie des professions*, Paris, A. Colin, collection U, 1998.

Dubosq (Jean-Bernard), *Paroles de candidats : étude du contenu et de l'évolution des campagnes municipales dans la presse locale dans six communes de l'agglomération bordelaise, 1977-1983*, mémoire pour le DEA de science politique G.L.A.L, IEP de Bordeaux, 1982-83.

Duran (Patrice), *Penser l'action publique*, Paris, LGDJ, série Politique Droit et société, 1999.

Durkheim (Emile), *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, Quadrige, 1999.

Dussutour (Laurent), *Les paradoxes de la notabilisation. Le métier politique en Dordogne depuis la Libération*, thèse pour le doctorat en science politique, sous la direction de A. Mabileau, université de Bordeaux 4, IEP de Bordeaux, octobre 1996.

Edelman (Murray), *Pièces et règles du jeu politique*, Paris, Le Seuil, La couleur des idées, 1991.

Elias (Norbert), *Qu'est-ce-que la sociologie ?* Paris, Ed Pocket Agora, 1993, p154-158.

Elias (Norbert), *Engagement et distanciation*, Paris, Fayard, 1993.

Elias (Norbert), *La civilisation des mœurs*, Calman-Lévy, 1973.

Fainzang (Sylvie), *Médicaments et société*, PUF Ethnologies-Controverses, Paris, 2001.

Fassin (Didier) (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, 1998.

Fassin (Didier), *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF, Sociologie d'aujourd'hui, 1996.

Fassin (Didier), « Les politiques de médicalisation » dans Aïach (Pierre), Delanoë (Daniel), (dir.), *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos collection sociologiques, 1998, p. 1-14.

Fassin (Didier), « Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique », dans Fassin (Didier) (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique*, Paris, La Découverte recherches, 1998, p. 7-46.

Faure (Alain), *Communes, médiation et développement local : essai sur les maires ruraux en action*, Thèse pour le doctorat en science politique, Grenoble, 1991.

Faure (Olivier), *Histoire sociale de la médecine (XVIIIe –XXe siècle)*, Paris, Anthropos-Economica, historiques, 1994.

Faure (Olivier), « La médicalisation vue par les historiens », dans Aïach (Pierre), Delanoë (Daniel), (dir.), *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos collection sociologiques, 1998, p. 53-68.

Fijalkov (Yankel), « Statistique sanitaire et volontés politiques : le cas parisien au tournant du siècle », in *Les hygiénistes, enjeux, modèles et pratiques*, Bourdelais (Patrice) (dir.), Paris, Belin, 2001, p. 97-117.

Fischer (G.N.), *La psychosociologie de l'espace*, Q.S.J, PUF.

Fontaine (Jean), Le Bart (Christian), (dir.), *Le métier d'élu local*, Paris, L'Harmattan, 1994.

Foucault (Michel), *Naissance de la clinique*, Paris, P.U.F, Quadrige, 1997.

Foucault (Michel), « La naissance de la médecine sociale », dans : *Dits et Ecrits*, T. III, Paris, Gallimard, p. 207-227.

Freidson (Eliot), *La profession médicale*, Payot, Paris, 1984.

Garraud (Philippe), *Profession, homme politique. La carrière politique des maires urbains*, Paris, L'Harmattan, collection Logiques sociales, 1989.

Garrigou (Alain), *Le vote et la vertu. Comment les Français sont devenus électeurs*, Paris, Presses de la F.N.S.P, 1991.

Garrigou (Alain) (dir.), *La santé dans tous ses états*, Biarritz, Atlantica, 2000.

Gaxie (Daniel), *La démocratie représentative*, Paris, Montchrétien Clefs politiques, 1993.

Gaxie (Daniel) (dir.), **Gaïti (Brigitte), Lehingue (Patrick) (et al)**, *Le social transfiguré. Sur la représentation politique des préoccupations sociales*, Amiens, CURAPP/PUF, 1990.

Gaxie (Daniel), *L'explication du vote*, Paris, Presses de la FNSP, 1989.

Gaxie (Daniel), Lehingue (Patrick), *Enjeux municipaux. La constitution des enjeux politiques dans une élection municipale*, Paris, PUF, CURAPP, 1984.

Giddens (Anthony), *La constitution de la société*, Paris, PUF, collection Sociologies, 1987.

Goffman (Erving), *Les cadres de l'expérience*, Paris, Ed. de Minuit, collection Le sens commun, 1991.

Guérin (Claire), *Légitimation des leaderships urbains et représentations de la réussite : définitions de la grandeur mayorale, inventaire et actualisations*. Thèse pour le doctorat en science politique, CERVL, sous la direction de M. Claude Sorbets, IEP de Bordeaux, 1998.

Guillaume(Pierre), *Le rôle social du médecin depuis deux siècles*, Paris, Association pour l'étude de la sécurité sociale, 1996.

Guiraud (Philippe), *Les équilibres politiques en Lot – et – Garonne*, mémoire pour le DEA de science politique G.L.A.L, IEP de Bordeaux, 1982-83.

Guyot (Claude), Vedelago (François), *Les élus et le social : le cas de l'Aquitaine et de ses conseillers généraux*, Bordeaux, Ed. de la Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine, 1994.

Guyot (Jean-Claude), Hérault (Bruno), (dir.), *La santé publique. Un enjeu de politique municipale*, Ed. de la Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine, 2001.

Guyot (Jean-Claude), « Les municipalités face aux nouveaux enjeux de la santé publique », dans Guyot (Jean-Claude), Hérault (Bernard), (dir.), *La santé publique. Un enjeu de politique municipale*, Ed. de la Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine, 2001.

Guyot (Jean-Claude), « L'institution municipale des centres de santé », dans Guyot (Jean-Claude), Hérault (Bernard), (dir.), *La santé publique. Un enjeu de politique municipale*, Ed. de la Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine, 2001, p. 251-270.

Guyot (Jean-Claude), Hérault (Bruno), « L'initiative municipale dans le champ de la santé », dans Guyot (Jean-Claude), Hérault (Bruno), (dir.), *La santé publique. Un enjeu de politique municipale*, Ed. de la Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine, 2001.

Guyot (Jean-Claude), « L'acteur associatif dans le champ de la politique locale de santé », dans Guyot (Jean-Claude), Hérault (Bernard), (dir.), *La santé publique. Un enjeu de politique municipale*, Ed. de la Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine, 2001, p. 251-270.

Joas (Hans), *La créativité de l'agir*, Paris, Ed Cerf, collection Passages, 1999.

Hamon (Hervé), *Nos médecins*, Paris, Le Seuil, 1994.

Hassenteufel (Patrick), *Les médecins face à l'Etat*, Paris, Presses de Sciences-Po 1996.

Hassenteufel (Patrick), Le Bihan-Youinou (Blanche), Loncle-Moriceau (Patricia), Vion (Antoine), « L'émergence problématique d'une nouvelle santé publique. Forums d'action publique et coalitions de projets à Rennes et à Brest », dans Fassin (Didier) (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique*, Paris, La Découverte recherches, 1998, p. 84-109.

Hérault (Bruno), « La santé scolaire dans le miroir de la politique locale, le cas de Bordeaux », dans Guyot (Jean-Claude), Hérault (Bruno), (dir.), *La santé publique. Un enjeu de politique municipale*, Edition de la Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine, 2001, p. 221-250.

Hérault (Bruno), « Ville, santé et système politique local » dans Guyot (Jean-Claude), Hérault (Bruno), (dir.), *La santé publique. Un enjeu de politique municipale*, Edition de la Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine, 2001.

Herzlich (Claudine), Pierret (Janine), *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui : de la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot, 1984.

Herzlich (Claudine), Bungener (Michelle), Paicheler (Geneviève), Zuber (Marie-Christiane), *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français (1930-1980)*, CERMES, Paris, INSERM-Doin, 1993.

Herzlich (Claudine), *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris, Ed. de l'EHESS, 1996.

Hierlé (Jean-Claude), *Action sociale et décentralisation. La politique départementale du Conseil général de la Gironde en faveur des personnes âgées (1982-1989)*, mémoire pour le DEA de science politique G.L.A.L, sous la direction de Jacques Palard, IEP de Bordeaux, 1989.

Hoerni (Bernard), *113 réflexions sur la médecine*, Bordeaux, Institut Bergonié, 1999.

Honneth (Axel), *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Cerf, collection Passages, 2000.

Hours (Bertrand), *L'idéologie de l'humanitaire ou le spectacle de l'altérité perdue*, Paris, L'Harmattan, 1998.

Hughes (Everett.C), *Le regard sociologique*, Ed. de l'EHESS, Paris, 1996, p. 99-106.

Illich (Ivan), *Némésis médicale*, Paris, Le Seuil, 1975.

Ion (Jacques), *Le travail social à l'épreuve de la décentralisation*, Paris, Privat, Pratiques sociales, 1991.

Jaeger (Marcel), « La médicalisation psychiatrique de la *peine à vivre* », dans Aïach (Pierre), Delanoë (Daniel) (dir.), *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos collection sociologiques, 1998, p. 135-158.

Januard (Marielle), *La gestion de la dépendance des personnes âgées, enjeu de redéfinition des relations centre - périphérie*, mémoire pour le DEA de science politique G.L.A.L, sous la direction de Jacques Palard, IEP de Bordeaux, février 1990.

Jobert (Bruno), « Les politiques sociales et sanitaires », dans Leca (Jean), Grawitz (Madeleine) (dir.), *Traité de science politique*, Paris, PUF, 1985, p. 301-340.

Joubert (Michel), (dir.), **Bertolotto (Fernando), Bouhnik (Patricia)**, *Quartier, Démocratie, et santé*, Paris, L'Harmattan, 1993.

Kesselman (Mark), *Le consensus ambigu. Etude sur le gouvernement local*, Paris, Cujas, 1972.

Lacroix (Bernard), « *Ordre politique et ordre social* », dans Grawitz (Madeleine), Leca (Jean), (dir.), *Traité de science politique*, Paris, PUF, 1985, 469-565.

Lagroye (Jacques), *Sociologie politique*, Paris, Presses de Sciences-Po et Dalloz, Collection Amphithéâtre, 3^{ème} édition, 1994.

Lagroye (Jacques), « La légitimation » dans Leca (Jean), Grawitz (Madeleine) (dir.), *Traité de science politique*, Paris, PUF, 1985, T I. p 395/432.

Lagroye (Jacques), *Société et politique. J. Chaban-delmás à Bordeaux*, IEP CERVL, Pedone, 1973.

Lagroye (Jacques), Lord (Guy), Mounier-Chazel (Lise), Palard (Jacques), *Les militants politiques dans trois partis français*, Paris, Pédone, série vie locale 5, 1976.

Laplantine (François), *Anthropologie de la maladie*, Paris, Bibliothèque scientifique Payot, 1993.

Larronde (Jean-Claude), *Un siècle d'élections municipales à Bayonne de 1884 à 1983*. Document U 3499, archives départementales des Pyrénées-Atlantiques.

Laudoyer (Patrick), « Toxicomanie et politique locale », dans Guyot (Jean-Claude), Hérault (Bruno) (dir.), *La santé publique. Un enjeu de politique municipale*, Ed. de la Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine, 2001.

Le Bart (Christian), *L'imputation au maire du développement économique local*, thèse pour le doctorat en science politique, Université de Rennes I, 1989.

Le Breton (David), *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF, Sociologie d'aujourd'hui, 1998.

Le Breton (David), « Réflexions sur la médicalisation de la douleur », dans Aïach (Pierre), Delanoë (Daniel) (dir.), *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos collection sociologiques, 1998, p. 159-174.

Leclerc (Gérard), *Histoire de l'autorité*, Paris, PUF, Sociologie d'aujourd'hui, 1996.

Léglise (Nathalie), *La stratégie de l'apolitisme dans la stratégie communicationnelle municipale : pour l'autonomisation politique d'un homme et d'un territoire*, mémoire pour le DEA de science politique G.L.A.L, IEP de Bordeaux, 1993-94.

Legros (Pierre), Libert (Marianne), *L'exigence humanitaire, le devoir d'ingérence*, Paris, Les presses du management, collection Société, 2000.

Lehingue (Patrick), « Représentation et relégation : le social dans les débats politiques locaux. » dans Gaxie (Daniel) (dir.), *Le social transfiguré. Sur la représentation politique des préoccupations sociales*, Amiens CURAPP / PUF, 1990, p. 111-135.

Lemoine (Pierre), *Le mystère du placebo*, Paris, Odile Jacob, 1996.

Lovell (Anne), Féroni (Isabelle), « Sida-toxicomanie. Un objet hybride de la nouvelle politique de santé publique à Marseille » dans Fassin (Didier) (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique*, Paris, La Découverte Recherches, 1998, p. 203-238.

Lussault (Michel), « L'instrument sanitaire. Rôles et valeurs de la santé publique dans les politiques territoriales à Tours » dans Fassin (Didier) (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique*, Paris, La Découverte Recherches, 1998, p. 174-202.

Mabileau (Albert), (dir.) *Les facteurs locaux de la vie politique nationale*, Pédone, Paris, 1972.

Mabileau (Albert), « Les institutions locales et les relations centre-périphérie », dans Leca(Jean) et Grawitz (Madeleine) (dir.), *Traité de science politique*, T II, Paris, PUF, 1985, p. 553-595.

Mabileau (Albert), Sorbets(Claude), (dir.), *Gouverner les villes moyennes*, Paris, Pedone, 1989.

Mary (Philippe), *L'évolution sociologique des élus locaux depuis la décentralisation, l'exemple du Lot et Garonne*, Thèse pour le doctorat en science politique, Université de Toulouse I, 2000.

Menelle (S.), « La peur de manger : l'interaction entre opinion médicale et croyances populaires au XIXe et au début du XXe siècle en Grande Bretagne », dans Garrigou (Alain) (dir.), *La santé dans tous ses états*, Biarritz, Atlantica, 2000, p. 81-97.

Merton (R-K), « *Contributions to the theory of reference group behavior* », *Elements de théorie et de méthode sociologique*, Paris, Plon, 1965.

Milbrath (Lester), Goel (M.L), *Political participation. How and why people get involved in politics*, Chicago, Rand Mac Nally, 1977.

Milburn (Philippe), Alvestégui (Gonzalo), « Santé publique, politiques urbaines et expertise. Régulation et légitimation des équipements à Nancy et Metz », dans Fassin (Didier) (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique*, Paris, La Découverte Recherches, 1998, p. 143-173.

Montané (Michel-Alexis), *Leadership politique et territoire. Comparaison intermédiaire de trois configurations départementales*. Thèse pour le doctorat en science politique, IEP de Bordeaux, université de Bordeaux 4, 1999.

Moreau-Defarges (Philippe), *Un monde d'ingérences*, Paris, Presses de Sciences Po, 1997.

Morin (Edgar), *Commune en France. La métamorphose de Plodomet*, Paris, Fayard, 1975.

Mormiche (Pierre), « La médicalisation des comportements vue selon les résultats des enquêtes « santé-soins-médicaux », dans Aiach (Pierre), Delanoë (Daniel) (dir.), *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos collection sociologiques, 1998, p. 99-134.

Mory (Pascal), « Architecture et hygiénisme à Paris au début du XXe siècle. L'architecte entre savoir médical et pouvoir politique » dans Bourdelais (Patrice) (dir.), *Les hygiénistes, enjeux, modèles et pratiques*, Paris, Belin, 2001, p. 145-162.

Nay (Olivier), La région site institutionnel : les logiques de représentation en Aquitaine. Thèse pour le doctorat en science politique, CERVL Pouvoir, Action publique et territoire, IEP de Bordeaux, 1997.

Nonnis Vigilante (Serenella), « Idéologie et projet politique. Les congrès internationaux de Bruxelles, Paris et Turin (1876-1880), dans Bourdelais (Patrice) (dir.), *Les hygiénistes, enjeux, modèles et pratiques*, Bourdelais (Patrice) (dir.), Paris, Belin, 2001 p. 241-265.

Offerlé (Michel), *Les partis politiques*, Paris, PUF, QSJ.

Orenstein (Anne), *Les élections municipales à Agen en juin 1995. Analyse critique de la campagne*, rapport de séminaire IEP de Bordeaux, université de Bordeaux IV, 1996/1997.

Parsons (Talcot), *Eléments pour une sociologie de l'action*, Paris, Ed Plon, 1955. p. 193-255.

Perrineau (Pascal), *Les comportements politiques*, Paris, A. Colin, 1992.

Pinell (Patrice), « Médicalisation et procès de civilisation », dans Aiach (Pierre), Delanoë (Daniel), (dir.), *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos collection sociologiques, 1998, p. 37-52.

Poirmeur (Yves), « Emblème, repère, enjeu : le social au Parti socialiste » dans Gaxie (Daniel) (dir.), *Le social transfiguré. Sur la représentation politique des préoccupations sociales*, Amiens CURAPP / PUF, 1990, p. 55-103.

Ponceyri (Robert), *Gaullisme électoral et Vème république*, Toulouse, Presses de l'IEP de Toulouse, 1985.

Pouvoirs n°89, *Le pouvoir médical*, Paris, Seuil, 1999.

Quantin (Patrice), « A propos des élections de 1988, qui élit les conseillers généraux ? », *Annuaire des collectivités locales*, 1989, p. 17-31.

Rasmussen (Anne), « L'hygiène en congrès (1852-1912) : circulation et configurations internationales » dans Bourdelais (Patrice) (dir.), *Les hygiénistes, enjeux, modèles et pratiques*, Paris, Belin, 2001, p. 213-239.

Renneville (Marc), « Politiques de l'hygiène à l'AFAS (1872-1914), dans Bourdelais (Patrice) (dir.) *Les hygiénistes, enjeux, modèles et pratiques*, Paris, Belin, 2001, p. 77-96.

Rieff (Philip), *The Triumph of the Therapeutic*, Chicago, The University of Chicago Press, 1966/ 1987.

Rioual (Claude), *Décentralisation et dépenses d'aide sociale. Le cas des départements aquitains*, Politiques sociales de santé-2, Ed. de la Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine, 1991.

Roussy (Yves), *Le radicalisme dans les Landes*, mémoire de 3^e année, IEP de Bordeaux, 1985.

Ryfman (Philippe), *La question humanitaire. Histoire, problématiques, acteurs et enjeux de l'aide humanitaire internationale*, Paris, Ellipses, 1999.

Saliba (Jacques), « Les paradigmes des professions de santé », in *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Aiach (Pierre), Fassin (Didier), (dir.), Paris, Anthropos collection sociologiques, 1994, p. 43-86.

Schars (Brigitte), Esturgie (Xavier), Mirieu de la Barre (Bruno), *Les élections municipales à Talence en 1977*, rapport de séminaire vie locale, IEP de Bordeaux, université de Bordeaux I, 1976-1977.

Schoene (Michel), Bertolotto (Fernando), *Santé publique et collectivités locales en France. Réalités et perspectives pour les villes de plus de 30000 habitants*, Paris, RESSCOM, 1992.

Schutz (Alfred), *Le chercheur et le quotidien*, Paris, Méridiens Klincksieck, 1986.

Sicard (Didier), *L'approche clinique*, Paris, Maloine, 1987.

Skrabanek (Pierre), *La fin de la médecine à visage humain*, Paris, Odile Jacob, 1995.

Studler (François), *Sociologie médicale*, Paris, A. Colin, Collection U2, 1972.

Stora-Lamarre (Annie), « Morale et politique pénale sous la III^e république : du débat sanitaire aux lois d'hygiène publique (1870-1914), dans A. Garrigou (dir.), *La santé dans tous ses états*, Biarritz, Atlantica, 2000, p. 133-159.

Strauss (Anselm), *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, 1992.

Sur (Serge), *La vie politique en France*, Paris, Domat, 1977.

Taylor (Charles), *La liberté des modernes*, Paris, PUF, collection Philosophie morale, 1999.

Taylor (Charles), *Multiculturalisme. Différence et démocratie*, Paris, Flammarion, Champs, 1997.

Ternon (Yves), « La fin du chirurgien généraliste », dans Aiach (Pierre), Fassin (Didier) (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos collection sociologiques, 1994, p.181-200.

Terquem (Jean), *Les médecins dans la société française*, Paris, Economica, 1992.

Tchobroutsky (Georges), Wong (Olivier), *Le métier de médecin*, PUF, QSJ, n°2812.

Tymen (Jacques), Nogues (Henry), *Action sociale et décentralisation*, Paris, L'Harmattan, collections Logiques sociales, 1988.

Valarié (Pierre), « Gouverner l'archipel urbain : actions et réseaux de santé publique à Béziers », dans Fassin (Didier) (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique*, Paris, La Découverte, 1998.

Vergez (Béatrice), *Le monde des médecins au vingtième siècle*, Bruxelles, Complexe, 1996.

Vigarello (Georges), *Le sain et le malsain. Santé et mieux-être depuis le Moyen-Age*, Paris, Seuil, 1993.

Voilliot (Christophe), « La croisade contre l'absinthe », dans A. Garrigou (dir.), *La santé dans tous ses états*, Biarritz, Atlantica, 2000, p. 133-159.

Weber (Max), *Le savant et le politique*, Paris, UGE 10/18, 1982.

Wilsford (David), *Doctors and the state in France. The politics of Health in France and in the U.S.A*, Durham, Duke University Press, 1991.

Ysmal (Colette), *Les partis politiques sous la Ve république*, Domat politique, Montchrestien, 1991.

Zaccaï-Reyners (Nathalie), *Le monde de la vie*, Paris, Cerf, collection Humanités, 1996.

Zarifian (Philippe), *Le modèle de la compétence*, Paris, Liaisons, 2001.

Zorgbibe (Charles), *Le droit d'ingérence*, Paris, PUF QSJ, 1994.

Articles.

Abélès (Marc), « Résurgence du local et nouveaux modes de légitimation », *Pouvoirs locaux* n°21, 1989, p. 95-97.

Amar (Laure), Minvielle (Etienne), « L'action publique en faveur de l'utilisateur : de la dynamique institutionnelle aux pratiques quotidiennes de travail. Le cas de l'obligation d'informer le malade », *Sociologie du travail*, n°42, janvier / mars 2000, p. 69-89.

Amaudric du Chaffaut (Gilles), « Le non-cumul des mandats peut-il affecter les relations élus-fonctionnaires ? », *Pouvoirs locaux* n°37 II 1998, p. 108-109.

Arliand (Michel), Robelet (Magali), « Réformes du système de santé et devenir du corps médical », *Sociologie du travail*, n°42, janvier / mars 2000, p. 91-109.

Association Française de Science Politique, Congrès national des 5 – 8 octobre 1988, Tome 5A et 5B, table ronde n°5 sur les élites politiques locales, Bordeaux, 1988.

Baumann (François), « L'éthique au quotidien », *Autrement*, n°161, février 1996, p. 189-196.

Baszanger (Isabelle), « La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale », *Sociologie du travail* n°3, 1983, p. 275-294.

Becquart–Leclercq (Jeanne), « Les chemins du pouvoir local, la sélection des maires », *Pouvoirs* n°24, PUF, 1982, p. 93-104.

Becquart–Leclercq (Jeanne), « Réseau relationnel, pouvoir relationnel », *R.F.S.P.*, n°1, vol. 29, 1979.

Becquart–Leclercq (Jeanne), « Légitimité et pouvoir local », *R.F.S.P.*, 1977, p. 229-258.

Benaderette (Serge), « Pouvoirs de santé », *Autrement*, n°161, février 1996, p. 156-163.

Bertolotto (Fernando), « La municipalisation de la santé publique », *Annales de la recherche urbaine*, n°73, 1996, p. 66-73.

Bien-Aimé (Paul-Antoine), Maheu (Louis), « Modes d'appropriation et de construction de la profession. Les intervenants sociaux et leurs référents professionnels. », *Recherches sociologiques*, XI, n°2, 1999, p. 285-311.

Bodiguel (Jean-Luc), « Du gestionnaire bureaucratique au manager », *Pouvoirs locaux* n°37 II 1998, p. 63-64.

Bon (Frederic), « Qu'est-ce qu'un vote ? », *Histoire*, 1979.

Borraz (Olivier.), « Les relations politique - administration depuis la décentralisation », *Pouvoirs locaux*, décembre 1995, p. 59-62.

Bourdieu (Pierre), « Habitus, code, codification », *A.R.S.S* n°64, septembre 1986.

- Bourdieu (Pierre)**, « La délégation et le fétichisme politique », *A.R.S.S*, juin 1984, p. 49-55.
- Bourdieu (Pierre)**, « La représentation politique : éléments pour une théorie du champ politique », *A.R.S.S* n°36/37, février / mars 1981.
- Bourdieu (Pierre)**, « Les modes de domination », *A.R.S.S* n°2-3, 1976.
- Brémond (Marc)**, « Les syndicats de médecins contre l'organisation de la protection sociale, tout contre », *Pouvoirs* n°89, « Le pouvoir médical », Paris, Seuil, 1999, p. 119-134.
- Briquet (Jean-Louis)**, « Communiquer en actes. Prescriptions de rôle et exercice du métier politique », *Politix* n°28, 1994, p. 16-26.
- Briquet (Jean-Louis), Sawicki(Frédéric)**, « L'analyse localisée du politique », *Politix*, 7/8, 1989, p. 8-16.
- Cahuzac (Jérôme)**, « Le poids des industries pharmaceutiques » *Pouvoirs* n°89, « Le pouvoir médical », Paris, Seuil, 1999, p. 101-118.
- Carasso (Françoise)**, « L'enseignement et les soins : deux professions impossibles », *Esprit*, n°10, 1993, p. 52-68.
- Cicourel (Aaron)**, « La connaissance distribuée dans le diagnostic médical », *Sociologie du travail*, n°4, 1994, 427-448.
- Cicourel (Aaron)**, « Raisonnement et diagnostic : le rôle du discours et de la compréhension clinique en médecine », *A.R.S.S* n°60, novembre 1985, p. 79-88.
- Chapoulie (Jean-Michel)**, « Everett C. Hughes et le développement du travail de terrain en sociologie », *Revue française de sociologie*, XXV, 1984, p. 582-608.
- Chaumette(Jean-Michel), Pourtois(Hervé)**, « Souffrance sociale et attentes », *Recherches sociologiques*, 1992/2.
- Clerc (Pascal)**, « Les mots pour dire le diagnostic », *Autrement*, n°161, février 1996, p. 130-140.
- Cloarec (Guy)**, « La décentralisation : état des lieux en janvier 1983 » dans *Décentralisation et politiques sociales*, Paris, Futuribles / CEPES, 1983, n°41.
- Corcuff (Philippe)**, « Le catégoriel, le professionnel et la classe », *Genèses* n°3, mars 1991, p. 55-72.
- Dammame (Dominique)**, « La jeunesse des syndicats de médecins », *Genèses* n°3, mars 1991, p. 31-54.
- Dammame (Dominique)**, « L'école libre des sciences politiques », *A.R.S.S* n°70, novembre 87.

Dammame (Dominique), Jobert (Bruno), « La politique de la ville ou l'injonction contradictoire en politique », *RFSP*, vol 45 n°1, février 1995.

Defresne (Patrice), « La décentralisation fonde la spécificité de la fonction publique territoriale », *Pouvoirs locaux*, n°37/II, 1998, p. 80-84.

De Kervasdoué (Jean), « Progrès de la médecine et économie de la santé : faut-il limiter les dépenses médicales ? » *Pouvoirs* n°89, « Le pouvoir médical », Paris, Seuil, 1999, p. 79-100.

Delchambre (Jean-Pierre), « Désinstitutionnalisation, vulnérabilité et enjeux de reconnaissance », *Recherches sociologiques* n°2, p. 23-41.

Deloye (Yves), « L'élection au village », « L'acte de vote », *R.F.S.P.*, n°43, février 1993.

Dorandeu (Renaud), « Les métiers avant le métier : savoirs éclatés et modèle notabiliaire », *Politix* n°28, 1994, p. 27-34.

Downs (Anthony), « Up and down Ecology : the issue attention cycle », *The public Interest*, n°28, été 1972.

Ducret (Pierre), « Sur une question sensible », *Pouvoirs locaux*, décembre 1995, p. 70-74.

Evin (Claude), « Les droits des malades » *Pouvoirs* n°89, Le pouvoir médical, Paris, Seuil, 1999, p. 15-29.

Feroni (Isabelle), Lovell (Anne), « Prévention du VIH et toxicomanie à Marseille. Esquisse pour une santé publique locale », *Les Annales de la Recherche Urbaine* n°73, décembre 1996, p. 22-32.

Galam (Eric), « Les généralistes, fossiles ou précurseurs », *Autrement*, n°161, février 1996, p. 10-30.

Galam (Eric), « Le remède médecin », *Autrement*, n°161, p. 41-55.

Galam (Eric), « Confessions d'un médecin de ville », *Autrement*, n°161, p. 80-89.

Gallais (Jean-Luc), « Médecins à tout faire », *Autrement*, n°161, février 1996, p. 108-120.

Garrigou (Alain), « La construction sociale du vote. Fétichisme et raison instrumentale », *Politix*, n°22, 1993, p 5-42.

Garraud (Philippe), « La sélection du personnel politique local », *RFSP*, vol 38, n°3, 1988.

Garraud (Philippe), « Savoir-faire et mobilisation des croyances dans le métier de maire », *Politix*, n°5, hiver 1989, p.12-25.

Garraud (Philippe), « Discours des maires et construction locale du politique », *Mots*, décembre 1990, p. 7-21.

Garraud (Philippe), « Les contraintes partisanes dans le métier d'élu local », *Politix* n°28, 1994, p. 113-116.

Garraud (Philippe), « Le recrutement des maires en milieu urbain : esquisse et typologie », *Pouvoirs* n°32, 1982, p. 29-43.

Glorion (Bernard), « L'ordre des médecins : quels pouvoirs ? » *Pouvoirs* n°89, « Le pouvoir médical », Paris, Seuil, 1999, p. 135-143.

Goudsblom (Johan), « Les grandes épidémies et la civilisation des mœurs », *A.R.S.S* n°68, juin 1987, p. 3-14.

Gutman (R-A), « Le prestige du médecin diminue – t – il ? », *La revue des deux mondes*, 1^{er} mai 1964, p. 78-83.

Habert (Philippe), « Les élections municipales de 1989 : la revanche de l'électeur ». *Commentaire*, Automne 1989, p. 529-537.

Hamon (Hervé), « De quoi ont – ils peur ? », *Autrement*, n°161, février 1996, p. 56-65

Hassenteufel (Patrick), « Vers le déclin du pouvoir médical », *Pouvoirs* n°89, Le pouvoir médical, Paris, Seuil, 1999.

Hassenteufel (Patrick), Loncle-Moriceau (Patricia), Martin (Claude), Vion (Antoine), Youinou-Le Bihan (Blanche), « Le changement aléatoire. La production de la santé publique à Rennes et à Brest », *Les Annales de la Recherche Urbaine* n°73, décembre 1996, p. 50-59.

Hercek (Albert), « Histoire d'une renaissance », *Autrement*, n°161, février 1996, p. 121-129.

Hoeffel (Daniel), « La mesure des responsabilités », *Pouvoirs locaux*, décembre 1995, p. 68-69.

Hoerni (Bernard), « En principes », *Autrement*, n°161, février 1996, p. 180-188.

Honneth (Axel), « Intégrité et mépris. Principes d'une morale de la reconnaissance », *Recherches sociologiques* n°2, 1999, p. 11-22.

Jouannet (Pierre), « Principes éthiques du pouvoir médical et responsabilités du praticien », *Pouvoirs* n°89, Le pouvoir médical, Paris, Seuil, 1999, p. 5-14.

Joubert (Michel), « Remonter le fil des dégradations. La production urbaine de santé dans la banlieue parisienne », *Les Annales de la Recherche Urbaine* n°73, décembre 1996, p. 32-42.

Kouchner(Bernard), « La philosophie de l'ambulance », *Autrement*, n°68, mars 1985.

Kouchner(Bernard), « Le mouvement humanitaire », *Le Débat*, novembre décembre 1991, n°67, p. 30-39.

Kramarz (Francis), « Déclarer sa profession », *Revue française de sociologie* XXXII, 1991, p. 3-27.

Kimpe (Jacques), « Secrétaire-général, métier à risque », *Pouvoirs locaux*, décembre 1995, p. 74-78.

Lagroye (Jacques), « On ne subit pas son rôle », *Politix*, n°38, 1997, p. 7-17.

Lagroye (Jacques), « Etre du métier », *Politix* n°28, 1994, p. 5-15.

Lagroye (Jacques), « Le pouvoir local », *Encyclopédie des collectivités locales*, 1979, p. 44-1 à 44-22.

Lamarzelle (Denys), « Cadres et élus : la zone grise du management territorial », *Pouvoirs locaux*, n°37 II 1998, p. 68-74.

Lascoumes (Pierre), « La précaution un nouveau standard du jugement », *Esprit*, novembre 1997, p. 129-141.

Le Breton (David.), « Le médecin, l'organe malade et l'homme souffrant », *Autrement* n°161, février 1996, p. 30-41.

Legavre (Jean-Baptiste), « L'horizon local de la communication politique », *Politix* n°28, 1994, p. 76-99.

Le Grand (Eric), Lussault (Michel), « La santé dans l'espace public. L'expérience de l'entraide ouvrière et son inscription dans le contrat de ville à Tours », *Les Annales de la Recherche Urbaine* n°73, décembre 1996, p. 42-49.

Lorrain (Dominique), « Les nouveaux paradigmes de l'action publique et la fonction publique territoriale », *Les cahiers du CNFPT*, n°35, p. 22-25.

Mabileau (Albert), « Les élections cantonales de 1982 », *Annuaire des collectivités locales*, 1983, p. 30-40.

Mabileau (Albert), « Les héritiers des notables », *Pouvoirs*, n°49, 1989, p. 93-103.

Mabileau (Albert), « La limitation du cumul des mandats : premiers effets à retardement », *Les cahiers du CNFPT* n°28, juillet 1989, p. 72-79.

Mabileau (Albert), « L' élu local : nouveau professionnel de la politique », *Pouvoirs* n°32, 1992.

Mabileau (Albert), « De la monarchie à la française », *Pouvoirs* n°73, 1995, p. 7-17.

Mahé (Philippe), Tort (François), Jouin (Patrick), « Problèmes, enjeux et avenir de la fonction publique territoriale », table ronde, *Pouvoirs locaux* n°37 II, 1998, p. 96-107.

Maugüé (Christine), « La responsabilité juridique du médecin », *Pouvoirs* n°89, « Le pouvoir médical », Paris, Seuil, 1999, p. 31-50.

Maury (Yann), « Insertion et santé publique à Béziers. Quelques effets de la politique de la ville », *Les Annales de la Recherche Urbaine* n°73, décembre 1996, p. 60-66.

Muel-Dreyfus(Francine), « Le fantôme du médecin de famille », *A.R.S.S*, n°54, septembre 1984, p. 70-71.

Murard (Lion), Zylberman (Patrick), « Experts et notables. Les bureaux municipaux d'hygiène en France », *Genèses*, 1993, p. 53-73.

Nevers (Jean-Yves), « L'activité relationnelle des conseillers généraux », *Politix*, n°7-8, octobre décembre 1988, p. 51-57.

Nicolas (Jean-Michel), « Vers une nouvelle gestion publique ? Le cas des administrations départementales », *Les cahiers du CNFPT*, n°28, p. 113-124.

Petaux (Jean), «L'école des maires. Les associations d'élus locaux. », *Politix* n°28, 1994, p. 49-63.

Pincemin(Jacqueline), Laugier(Alain), « Les intellectuels dans la société française, les médecins », *RFSP*, n°4 décembre 1959, p. 881-900.

Pitkin (Hanna-E), « Le concept de représentation », *Pouvoirs locaux* n°21, 1989, p. 66-71.

Pouchain (Denis), « Comment l'information vient aux médecins », *Autrement*, n°161, p. 141-154.

Pourtois (Hervé), « Morale de la reconnaissance et diversité culturelle », *Recherches sociologiques*, n°2, 1999, p. 43-56.

Rabin (Brigitte), « La fonction publique territoriale », *Economie et statistique* n°222, juin 1989, p. 37-44.

Renaud (Michel), « De l'épidémiologie sociale à la sociologie de la prévention : 15 ans de recherche sur l'étiologie sociale de la maladie », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, volume 35,1987, n°1, p. 3-19.

Renault (Jean-François), « Histoires de campagne », *Autrement*, n°161, février 1996, p. 66-79.

Rocard (Michel), « L'efficience de la proximité », *Pouvoirs locaux*, décembre 1995, p. 31-34.

Robelet (Magali), « Les médecins placés sous observation. Mobilisations autour du développement de l'évaluation médicale en France », *Politix* n°46, 2^{ème} trimestre 1999, p. 71-97.

Roubieu (Olivier), « Les métiers avant le métier : savoirs éclatés et modèle notabiliaire », *Politix* n° 28, 1994, p. 27-34.

Sadran (Pierre), « La limitation du cumul des mandats : hypothèses sur un lifting nécessaire », *Pouvoirs locaux* n°21, 1989, p. 80-85.

Sanchez (Serge), « Les tribunaux de la médecine », *Autrement*, n°161, février 1996, p. 172-179.

Sandier (Simone), « Le corps médical généraliste en examen », *Autrement*, n°161, février 1996, p. 164-171.

Savary (Gilles), « La part d'ombre de l'administration locale », *Pouvoirs locaux*, décembre 1995, p. 62-67.

Savary (Gilles), « L'école des maires. La part d'ombre de l'administration territoriale », *Politix* n°28, 1994, p. 49-63.

Schrimeck (Olivier), « Du statut à la déontologie », *Pouvoirs locaux*, décembre 1995, p. 34-38.

Sellier (Michèle), « La mairie dans le cursus politique », *Pouvoirs* n°24, 1982, p. 81-92.

Setbon (Michel), « La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ? », *Sociologie du travail*, n°42, janvier / mars 2000, p. 51-68.

Silman (Robert), « Comment on fabrique un médecin », *Les temps modernes*, 1971, n°306, 1111-1129.

Schnapper (Dominique), « Rapport à l'emploi, protection sociale et statuts sociaux », *Revue française de sociologie*, janvier-mars 1989, XXXX-1.

Sorbets (Claude), « Est-il légitime de parler d'un présidentielisme municipal ? », *Pouvoirs* n°24, 1982, p. 105-115.

Sorbets (Claude), « Notables : quelques considérations sur l'usage de la notion », congrès de l'AFSP, Bordeaux, 1988, table ronde n°5, « Les élites politiques locales ».

Souchon-Zahn (Marie-Françoise), « Les nouveaux maires de petites communes : quelques éléments d'évolution (1971-1989) », *RFSP*, n° 1, 1991.

Stasse (François), « Les acteurs de la politique de santé », *Pouvoirs* n°89, « Le pouvoir médical », Paris, Seuil, 1999, p. 65-78.

Thoenig (Jean-Claude), « Savoir savant et gestion locale », *Politix* n°28, 1994, p. 64-75.

Touati (Monique), « Longtemps je me suis rebellée contre le docteur », *Autrement*, n°161, février 1996, p. 102-105.

Trosa (Sylvie), « Les relations élus fonctionnaires et la représentation locale », *Pouvoirs locaux* n°21, 1989, p. 98-104.

Verdès-Leroux (Jeanine), « Etudes sur les maires des communes de plus de 2000 habitants », *RFSP*, XX(5), octobre 1970, p. 974-990.

Vallet (Odon), « Ecouter, ausculter », *Mots*, septembre 1994.

Valarié (Pierre), « Vers une gestion négociée de l'action sociale : du néo-corporatisme associatif au social contractuel », *Pôle Sud n°4*, mai 1996, p. 77-91.

Warin (Philippe), « Réguler n'est pas diriger : la politique de la ville sans conduite locale ? », Montpellier, *Pôle Sud n°4*, mai 1996, p. 33-43.

Weisz (Georges), « Les transformations de l'élite médicale en France », *A.R.S.S*, n°74, septembre 88, p. 33-47.

Presse.

Nous avons utilisé la presse locale pour compléter notre étude des résultats électoraux et des argumentations de campagne.

A titre principal, le journal Sud Ouest dans ses différentes éditions locales. Parfois une presse plus localisée comme La Dordogne libre, L'Eclair des Pyrénées, le Résistant, le Petit Bleu.

Le magazine littéraire n°207, mai 1984.

Presse spécialisée dans les collectivités locales.

Communes : n°347 avril 1996.

Courrier du maire : 23/09/1994 ; 22/09/1995 ; 20/12/1996 ; 31/05/1996.

Le courrier des maires : septembre - octobre 1995 ; n°56 avril 1996.

L'écu local : n°180 de mars 1989.

Maires de France : n° hors série de juin 1995 ; septembre 1995 ; octobre 1995 ; décembre 1996 ; octobre 1998 ; juillet - août 1999 ; juin 2000.

Départements et communes : juillet-août 1991, octobre 1994,

Sur les médecins : Les enquêtes étant très nombreuses, nous avons pris le parti de ne pas les mentionner car elles sont aisément repérables dans les ouvrages de sociologie médicale.

Mais nous indiquons ci-dessous les références des articles publiés sur les médecins élus.

Impact Médecin Hebdo n°161 (25/09/1992) ; n°211 (5/11/1993) ; n°258 (25/11/1994) ; n°276 (14/04/1995) ;

Impact Médecin quotidien : n°283 (30/09/1992) ; n°372 (23/05/1993) ; n°373 (24/03/1993) ; n°376 (30/03/1993) ; n°377 (31/03/1993) ; n°379 (5/04/1993) ; n°386 (19/04/1993) ; n°549 (6/04/1994) ; n°753 (13 :06/1995) ;

Le quotidien du médecin n°4452 du 25/01/1990 ; n°4581 du 6 /09/1990 ;

Sur les médecins au Parlement, voir les numéros des 5 et 12 octobre 1995 du **Nouvel Observateur**.

Sur la question de la sécurité en milieu hospitalier qui est à l'origine du livre blanc publié par l'Association des Petites villes de France, il est possible de consulter plusieurs numéros de **Science et avenir** : octobre 1997 ; septembre et octobre 1998 ; mai et octobre 2000.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	3
INTRODUCTION.....	5
PREMIÈRE PARTIE : L'ÉLIGIBILITÉ DES MÉDECINS ENTRE APPARTENANCE PROFESSIONNELLE ET ESPACES DE RECONNAISSANCE.....	19
CHAPITRE 1 : LES EFFETS DE L'APPARTENANCE PROFESSIONNELLE SUR L'ÉLIGIBILITÉ DES MÉDECINS.....	23
1. Une représentation typifiée : l'assimilation des médecins à la catégorisation notabiliaire.....	26
1.1 Les éléments empiriques de construction d'une évidence.....	27
1.2 La catégorisation notabiliaire : le registre d'interprétation et ses limites.....	32
1.2.1 L'éligibilité naturelle des médecins.....	32
1.2.2 Les limites de cette catégorisation.....	37
2. Le rôle professionnel de médecin : une typification difficile.....	42
2.1 La réalité sociale d'une représentation codifiée de l'institution médicale.....	44
2.1.1 Les changements dans la composition de la profession médicale.....	44
2.2 Un processus complexe de délégation.....	47
2.2.1 La délégation de la société vers la profession médicale.....	47
2.2.2 La délégation de la profession vers le médecin.....	50
2.2.2.1 La régulation de la profession.....	51
2.2.2.2 L'identification professionnelle des médecins.....	53
2.2.3 La délégation du patient vers le médecin : les limites d'une représentation en termes de colloque singulier.....	66
2.3 Les formes de compétence associées au rôle de médecin.....	70
2.3.1 Le registre de l'objectivation au service de la légitimation des acteurs.....	71
2.3.2 De la subjectivité du médecin à celle du patient : une construction intersubjective de la compétence.....	73
3. De la position sociale de la profession médicale dans l'éligibilité des médecins élus locaux.....	79
3.1 L'affaiblissement d'une position dans un cadre d'expérience en évolution : la profession médicale et l'institution médicale.....	81
3.2 De la production de soin à la production de sens : la perspective intégrée à la position de la profession médicale.....	85
3.2.1 Le langage de la perspective.....	86
3.2.1.1 Un langage social.....	87
3.2.1.2 Le langage d'une compétence d'acteur.....	99
3.2.1.2.1 Un langage de désignation : l'individuation problématique.....	100
3.2.1.2.2 La légitimation de l'agir : une posture performative.....	101
3.2.1.2.3 La reconnaissance des acteurs dans le colloque singulier.....	103
3.2.1.2.4 Le cadrage de la relation thérapeutique par la contrainte morale.....	104

3.3 De la production de sens à la production de rôles politiques.....	105
3.3.1 L'entrée de la profession médicale dans le cadre d'expérience politique par la position d'expertise.....	107
3.3.1.1 La dynamique de constitution de la compétence.....	107
3.3.1.2 Les propriétés contextuelles contribuent à l'établissement de la position.....	110
3.3.2 Entre compétence reconnue et compétence exercée.....	112
3.3.3 L'adoption de la perspective humanitaire par les acteurs de la vie internationale.....	120
Conclusion du chapitre.....	124

CHAPITRE 2 : LES ITINÉRAIRES DES MÉDECINS ÉLUS DANS DES CONTEXTES LOCAUX : PERMANENCE DE L'IDENTITÉ INDIVIDUÉE DANS LA VARIABILITÉ DES ESPACES DE RECONNAISSANCE..... 127

1. L'identité électorale centrée sur l'individuation de la présence sociale.....	130
1.1 La formulation tacite de l'identité localisée du médecin : rôle professionnel et espace de reconnaissance.....	131
1.1.1 Les modalités de structuration de la présence sociale à partir du rôle professionnel.....	132
1.1.1 Les significations portées par l'identité dans la représentation.....	139
1.1.2.1 L'incarnation d'une singularité locale.....	140
1.1.2.2 Le centrage sur la personnalité du médecin appuyé par le registre de l'apolitisme.....	145
1.2 L'identité au carrefour des espaces de reconnaissance centrés sur la personnalité du médecin.....	148
1.2.1 Le positionnement dans l'espace professionnel institutionnel.....	148
1.2.2 La reconnaissance résultant de la réussite dans une entreprise de mobilisation sociale.....	149
2. L'identité électorale des médecins entre appartenance partisane et affirmation de l'identité.....	165
2.1 La reconnaissance des médecins par les structures partisans.....	169
2.1.1 La distribution des médecins dans les structures partisans.....	173
2.1.1.1 L'identité partisane typifiée.....	174
2.1.1.2 Le choix des partis politiques de taille réduite.....	188
2.1.2 La reconnaissance par le soutien implicite des structures partisans.....	194
2.1.2.1 Le soutien implicite objectivé par les contextes électoraux.....	194
2.2 La reconnaissance des structures partisans par les médecins.....	199
2.2.1 L'engagement partisan perçu comme une condition d'éligibilité.....	200
2.2.2 L'accommodation nécessaire avec les structures partisans.....	202
2.2.3 La distanciation affichée.....	204
Conclusion du chapitre.....	209

DEUXIÈME PARTIE : DES MÉDECINS ÉLUS LOCAUX AUX ÉLUS LOCAUX MÉDECINS 211

CHAPITRE 3 : DE LA COMPÉTENCE DE MÉDECIN À LA COMPÉTENCE D'ÉLU..... 215

1. Le discours d'une position.....	218
1.1 Un registre de légitimation mobilisé dans des contextes différents.....	219

1.1.1 L'utilisation du registre dans les campagnes électorales.....	219
1.1.1.1 La continuité des compétences une rhétorique riche de nuances.....	220
1.1.1.2 Entre configuration électorale et trajectoire électorale : un discours situé.....	222
1.1.2 L'évocation de la continuité hors du contexte électoral.....	226
1.2 Les conditions de réception de cet argument.....	228
1.2.1 Entre tradition et rationalité, la légitimation du discours de la continuité des compétences.....	229
1.2.2 La perception de cette continuité dans les situations de co-présence.....	231
2. Continuité des compétences et perspective sanitaire dans le contexte institutionnel antérieur à la décentralisation.....	234
2.1 Le contexte institutionnel et la situation économique et sociale.....	235
2.1.1 La situation économique et sociale.....	236
2.1.2 Le cadre d'expérience départemental.....	236
2.2 Les médecins élus départementaux : entre compétence reconnue et compétence exercée.....	239
2.2.1 La compétence reconnue : positions et reconnaissance.....	240
2.2.2 La compétence exercée.....	245
2.3 La continuité des compétences et le cadre d'expérience communal en matière sanitaire et sociale.....	253
3. Continuité des compétences et perspective bio-thérapeutique dans l'agir public décentralisé.....	256
3.1 L'ambiguïté sanitaire et sociale dans le contexte départemental.....	257
3.1.1 Les éléments du cadre d'expérience qui relativisent la portée de la continuité des compétences des conseillers généraux médecins.....	258
3.1.2 Le cadre d'expérience de l'action sanitaire et sociale.....	259
3.1.3 La continuité de compétences après la décentralisation.....	263
3.1.3.1 Le rappel des positions au sein de la commission des affaires sanitaires et sociales.....	264
3.1.3.2 Les contradictions entre la permanence de la compétence de qualification et les nouvelles conditions de la compétence d'élu.....	268
3.2 Le cadre d'expérience communal.....	271
3.2.1 Une pluralité d'acteurs positionnés dans une perspective syncrétique.....	272
3.2.2 La mise en forme pragmatique de la perspective.....	277
3.2.3 La continuité des compétences et les positions institutionnelles.....	284
3.2.3.1 La position de maire.....	285
3.2.3.2 La position d'adjoint chargé des affaires sociales.....	295
Conclusion du chapitre.....	300
CHAPITRE 4 : DES ÉLUS LOCAUX MÉDECINS.....	303
1. Positions et perspectives dans l'agir public local.....	306
1.1 Les positions dans les Conseils généraux.....	307
1.1.1 L'accession aux positions du Conseil général et les variations du cadre d'expérience départemental.....	307
1.1.2 Une participation diversifiée aux commissions du Conseil général.....	308
1.1.3 Les positions résultent d'une reconnaissance des partenaires institutionnels.....	314
1.1.3.1 La présence dans l'exécutif départemental : présidence, vice-présidence, bureau.....	314
1.1.3.2 Présidence et vice-présidence des commissions.....	318
1.2 Les positions dans les mairies.....	322

1.2.1 La position de maire.....	323
1.2.1.1 Un aperçu quantitatif.....	323
1.2.1.2 Un éventail de perspectives.....	324
1.2.2 Les positions d'adjoint.....	329
2. L'entrée dans une compétence d' élu en redéfinition constante.....	331
2.1 Un processus de bureaucratisation qui multiplie le nombre d'acteurs impliqués dans la prise de décision locale.....	334
2.1.1 Une bureaucratisation qui opacifie l'attribution des compétences.....	334
2.1.2 Une compétence à entretenir et à améliorer l'éligibilité.....	343
2.2 Des qualifications de la compétence d' élu.....	347
2.3 Les transformations de l'agir public local et la compétence d' élu.....	352
Conclusion du chapitre.....	355
 CONCLUSION GÉNÉRALE.....	 357
 ANNEXES.....	 368
 BIBLIOGRAPHIE.....	 448
 TABLE DES MATIÈRES.....	 469

