

Spécialisation médicale et classement social

Antoinette Chauvenet

CEMS Paris EHESS

Colloque de Sociologie Médicale

Juillet 1976

La prise en charge des maladies est affaire d'ordre social. La nature médicale de cette prise en charge commande que dans une perspective sociologique on s'interroge sur les modalités et les déterminants sociaux de l'ordre médical.

Le discours médical et ses catégories analytiques peuvent faire l'objet d'une analyse sociologique parce qu'ils sont, comme tout discours constitutifs de pratiques sociales. Une spécialité médicale centrée par exemple sur le traitement d'une maladie particulière, si elle peut signifier la création conceptuelle d'un nouveau cas d'espèce implique du même coup l'isolement et la distinction de cette affection parmi d'autres.

Cette singularité peut bien procéder du développement de la pensée médicale, ou de l'organisation professionnelle de la médecine mais elle n'est pas autonome par rapport à son environnement social. On peut s'intéresser ainsi à une maladie en raison des populations qu'elle frappe et, qu'à travers le désordre social qu'elle instaure ou le danger qu'elle représente, on veut contrôler, prendre en charge ou isoler.

Les catégories médicales, qu'il s'agisse du classement des maladies, des classifications administratives des services ou de la hiérarchie des spécialités instaurent un certain ordre relativement à leur objet.

La spécialisation médicale se fait ainsi l'instrument d'un certain ordre social : le classement analytique implique un système d'ordre et donc un système hiérarchique , il organise par suite une sélection : la spécialisation organise un espace socialement hiérarchisé.

Elle organise, en effet , une nouvelle hiérarchie des médecins , des maladies et des malades. Elle est à la fois le fondement de la différenciation des statuts et des carrières médicales, en même temps le critère administratif et économique de classement des services, un instrument de rationalisation professionnelle et politique du classement des maladies et, à travers elles, des populations de malades.

La Spécialisation , fondement de la carrière médicale et instrument

de hiérarchisation des statuts professionnels

La spécialisation détermine les profils de carrière et le statut social des médecins . A un degré plus élevé de spécialisation correspondent des services mieux équipés, dont la politique de soins échappe davantage au contrôle administratif , et dont la clientèle peut être sélectionnée. Les services les moins spécialisés , c'est-à-dire les services de médecine générale , sont des services de passage ou des voies de garage , accueillant les médecins et les étudiants qui n'ont pu choisir des services plus spécialisés.

Elle détermine en outre des niveaux plus ou moins élevés de négociation avec les instances de décision en matière de politique hospitalière. L'argument scientifique est actuellement l'argument dominant en matière de choix professionnel. Les possibilités de carrière appa-

raissant étroitement liées aux moyens de poursuivre des recherches. Les spécialités peu valorisées sont , au dire des médecins, celles dans lesquelles la recherche est plus difficile à mener , leur fonction essentielle étant d'assurer des soins courants. On constate , par ailleurs, qu'il s'agit aussi des services qui assurent une mission d'ordre purement "local".

Or, cet argument scientifique nous apparaît fonctionner essentiellement d'un point de vue idéologique , pour justifier un facteur d'ordre purement professionnel en termes de carrière . Certains domaines de recherche seuls sont valorisés, attachés aux spécialités "en pointe" ou professionnellement les mieux classées. Ce ne sont pas nécessairement les disciplines les plus "scientifiques". Lors du choix par les internes de leur service d'accueil en fonction de leur rang au concours de l'internat, le nombre de postes vacants en radiologie et dans les laboratoires centraux de biologie apparaît très important . Cette situation traduit notamment la domination de la clinique sur la biologie , tant du point de vue organisationnel que du point de vue professionnel.

Si l'argument scientifique est l'argument avancé en terme de carrière médicale , ce n'est pas en raison du degré plus ou moins scientifique de telle spécialité par rapport à telle autre ,ou d'un lien existant entre la carrière et le degré de scientificité de la spécialité. La science n'est revendiquée qu'autant qu'elle confère un statut . Or, seule la médecine pratiquée en fonction de programmes de recherche, donne une certaine autonomie aux médecins vis-à-vis des instances administratives qui définissent la politique hospitalière et assurent son financement.

La recherche permet , d'une part, de définir une politique de soins qui échappe à la politique d'implantation des services par l'administration ou bien qui la conditionne. D'autre part, elle permet d'exiger une sélection des malades selon une logique de rationalité scientifique

(et économique). En assurant sa renommée , la médecine de pointe peut constituer des réseaux de clientèles médicales et de malades qui courtcircuient les filières administratives, lui assurant ainsi un pouvoir indépendant des autorités de tutelle.

Le pouvoir attire l'argent, c'est-à-dire les offres de financement de la recherche. Cette pluralité de financement de la recherche est chose fréquente dans les hôpitaux et donne une marge de manoeuvre importante aux médecins. Ce pouvoir relatif donne à ces derniers une situation de force dans la négociation . Plus le statut du médecin est élevé en raison du pouvoir qu'il a su établir, plus est élevé le niveau auquel il négocie. Ces niveaux s'échelonnent de l'hôpital aux Ministères , en passant par l'administration centrale.

L'autonomie dans la politique de soins des médecins pratiquant une médecine de recherche tient à ce que la définition et les modalités des traitements, l'infrastructure médicale sont dépendants des programmes de recherches qui échappent au contrôle administratif. Aussi , toute limite ou toute rationalité économique d'ensemble qu'on veut opposer l'administration, se heurte à la logique de la recherche.

"Quel est le prix "acceptable de la vie d'un homme ? Divers orateurs ont montré que le problème ainsi énoncé était mal posé. Sur les quelques 400.000 hommes qui meurent d'insuffisance rénale chaque année, il n'y en a guère que 15.000 à 20.000 qui ont pu être épargnés par une greffe du rein. Mais , de l'observation de ces cas, sont nés des progrès considérables dans la connaissance de l'homme et de ses maladies. Ainsi, c'est peut-être des recherches sur la greffe de rein que sont en train de naître les moyens de guérir et même de prévenir la principale des maladies rénales, responsable de la destruction des reins, la glomérul -néphrite chronique . Si bien que le bénéfice de ces travaux sur la transplantation sera peut-être pour le monde entier la suppression de la maladie qui poussait à chercher des moyens de traitement aussi complexes et coûteux . Ainsi en va-t-il de toute la médecine de pointe dont les retombées pratiques sont imprévisibles et souvent d'une portée bénéfique incalculable." (1)

(1) Actes du colloque mondial , Biologie et devenir de l'homme , Paris Sorbonne , 1976. Groupe d'intervention . Les transplantation d'or-

Le statut du service est corrélié avec le statut du médecin. La place de la recherche dans l'activité du service ne suffit pas à déterminer le statut du médecin ni celui du service. C'est l'ensemble des facteurs ci-dessus mentionnés, d'ordre professionnel, économique et social qui le définissent, c'est à dire les conditions sociales de la production de la recherche. Le scientifique n'intervient qu'autant qu'il exprime ou traduit une situation de pouvoir.

Si les administrations de santé tendent à définir de plus en plus précisément un projet de politique hospitalière, qu'elles opposent au corps médical, l'autonomie conférée par les activités de recherche et le pouvoir qui en résulte donnent à une minorité des services ultra-spécialisés les moyens de déjouer constamment ces projets. En réalité l'administration hospitalière ne définit sa propre politique hospitalière qu'en reconnaissant ce pouvoir, et autour de celui-ci. Il s'agit donc d'un pouvoir résiduel qui tend à renforcer et systématiser la situation privilégiée détenue par la médecine de pointe en creusant l'écart qui la sépare des autres médecines.

Aussi toutes les stratégies de carrière sont-elles assises sur la spécialisation. Car celle-ci seule permet de constituer des clientèles de malades mais surtout de médecins et de définir une politique de soins autonome.

La spécialisation et le classement administratif des services.

La spécialisation est également un instrument de hiérarchisation économique et sociale des services et des traitements.

Dans sa présentation du plan directeur général de l'Assistance Publique aux médecins, l'administration explique que la distinction entre hôpitaux et établissements de réadaptation est un objectif aussi important que la création de services spécialisés qui doit permettre d'assumer complètement les disciplines universitaires des médecins.

Elle estime qu'il y a une nécessité d'organisation verticale qui doit être assortie d'une hiérarchisation des établissements.(1)

Cette organisation verticale est la contre-partie nécessaire du coût de fonctionnement des services spécialisés et donc de leur rareté relative. C'est le prix payé à la médecine industrielle.

Le mot d'ordre essentiel de la politique hospitalière, à savoir

(1) P.V. de la Commission Médicale Consultative: 9 Juin 1964 A.P.

la rentabilisation économique et sociale de la santé, fonctionne selon un double classement, celui de l'offre de soins d'une part, celui des hommes auxquels elle s'adresse d'autre part.

C'est la spécialisation médicale qui assure l'articulation de ces deux perspectives de rendement.

En ce qui concerne l'offre de soins, deux notions, celle de prix de journée et celle de durée de séjour sont à l'oeuvre, à travers la spécialisation, dans le classement des hôpitaux. Selon les normes administratives, le degré de spécialisation "technique" des services est inséparable de la notion de durée de séjour. Les lits hyperspécialisés doivent être ceux dans lesquels le séjour est le plus bref. Si ces services sont ceux qui gardent le moins longtemps leurs malades, c'est parcequ'ils coûtent cher. Le classement administratif des services tel qu'il apparaît dans la comptabilité hospitalière traduit ces deux critères, celui du prix de journée, critère premier de classement, et celui de la durée de séjour.

A ces deux critères correspondent des soins inégaux par leur nature et leur qualité.

Les personnels médicaux sont plus nombreux et plus qualifiés dans les services spécialisés que dans les services de médecine générale. L'analyse du choix des services par les internes, en fonction de leur rang à l'internat confirme cette donnée : les services les plus spécialisés, les spécialités les plus coûteuses, sont les plus recherchées tandis que c'est en médecine générale que l'on rencontre le plus grand nombre d'internes "faisant fonction", c'est à dire, d'étudiants en médecine qui n'ayant pas encore passé leur internat font fonction d'internes.

Les personnels infirmiers sont également plus nombreux et plus qualifiés dans les services de médecine et de chirurgie générale.

Le rapport de pouvoir au sein de l'hôpital et au niveau des instances administratives centrales entre les différents groupes du corps médical hospitalier s'établit en faveur des médecins spécialisés lesquels sont en mesure d'obtenir pour leur profit les personnels les plus qualifiés, et d'une façon générale les moyens de travail les plus modernes et les plus coûteux.

A ce classement économique correspond un fonctionnement des services différent, produisant des soins de nature et de qualité variable. Les tableaux de consommation d'actes médicaux par services et par malade constituent un indice de cette variabilité. Ces tableaux révèlent de très forts écarts entre services d'aigus et services de chroniques d'une part et entre services d'aigus d'autre part allant de un à cent et deux cent s'agissant d'actes de biologie par exemple.

La variation des consommations ne se justifie pas seulement par la nature de la maladie. Ainsi les services de malades chroniques peuvent recevoir des malades graves, des "morituri" dans la phase terminale de leur maladie, qui de ce fait peuvent prétendre à des traitements spécialisés et coûteux. Par ailleurs l'analyse de dossiers administratifs de malades d'un hôpital rural rebaptisé hôpital de long séjour montre que le quart seulement des malades hospitalisés ont des maladies chroniques. Les autres malades auraient été admis en centre hospitalier ou en centre hospitalo-universitaire s'il s'en était trouvé à proximité.

Le classement des services et la hiérarchie sociale.

L'articulation des critères économiques de classement des services et de classement social des malades à travers la maladie procède de la rencontre des critères de rendement économique tels que les définit l'administration et des critères médicaux, qui tendent à différencier les maladies aiguës des maladies chroniques, par exemple, à hiérarchiser les maladies en fonction des populations qu'à travers elles qu'on veut contrôler, ou protéger, ou en fonction de leur degré plus ou moins invalidant et de leur possibilité de guérison.

Ces dernières caractéristiques de la maladie recourent et redoublent les critères économiques de rendement social des individus, et de leur classement social. Elles sont directement liées à une notion de rendement de la santé défini en termes de valeur économique de l'homme, c'est à dire aujourd'hui en termes d'espérance de vie combinée avec l'espérance de gains futurs.

Cet objectif de rendement de la santé est atteint par des techniques administratives telles que la Rationalisation des Choix Budgétaires

et plus largement par le recours de plus en plus extensif aux "indicateurs sociaux". Ces méthodes consistent, à partir de données d'ordre social considérées comme des faits naturels et indiscutables par exemple l'échelle des revenus ou les classes d'âge, à définir un objectif optimum, c'est à dire l'obtention d'un bénéfice actualisé maximum. Le bénéfice est essentiellement économique, mais il intègre de plus en plus souvent des paramètres sociaux. L'analyse, par exemple du système de lutte contre les maladies mentales intègre dans ses paramètres des avantages dits "non marchands", tel l'avantage protection évalué monétairement à partir des évaluations des jugements des tribunaux portant sur les atteintes à l'intégrité des personnes ou des déprédations de biens ; tel encore l'avantage "adaptation familiale et sociale" estimé en termes de points.

On peut dire que ces techniques visent à la reproduction et à la systématisation des écarts et de la hiérarchie sociale, à la rentabilisation généralisée des différences sociales. Ces différences et cette hiérarchie sont définies de façon de plus en plus fines et exhaustives, tant sur le plan économique que sur le plan social.

La médecine contribue à la production d'indicateurs sociaux spécifiques à travers son système de classement des maladies. Le classement des maladies en fonction de leur durée et des moyens de traitements s'il procède de l'organisation interne de la production médicale, est dans le même temps un classement d'ordre social. On sait que les maladies chroniques et invalidantes atteignent de façon très inégale les différentes catégories socio-professionnelles. Le risque payé à la croissance économique pèse d'avantage les catégories sociales ouvrières, et certaines branches de la production plus que d'autres.

Par conséquent, le classement des hôpitaux en s'appuyant sur la morbidité sociale différentielle, est producteur d'inégalités sociales au niveau de la prise en charge des corps.

La pyramide des établissements hospitaliers, l'inégalité dans les prix de journée, l'équipement et les soins prodigués ne tient pas à une différenciation technique des fonctionssmais à des prises en charges de qualité inégale selon les populations sociales auxquelles elles sont

destinées.

Ainsi le centre hospitalier ne constitue pas la première instance de soins hospitaliers justifiant un transfert en C.H.U. si le cas s'aggrave (les transferts sont très limités), pas plus que l'hôpital rural n'héberge des malades convalescents ou des malades chroniques traités antérieurement pendant la phase aiguë de leur maladie au centre hospitalier. L'entrée directement ou par transfert dans telle catégorie d'hôpital dépend moins de la gravité de la maladie que d'un ensemble de facteurs culturels et sociaux. La hiérarchisation des hôpitaux obéit moins à une rationalité technique qu'à une fonction socio-médicale différenciée. Il s'agit moins de maladies que de malades et moins de spécialisations techniques que de populations différenciées socialement par les catégories médicales.

L'administration s'emploie à détacher des hôpitaux les lits de chroniques, à créer des services de désencombrement et à transférer ces lits dans des hôpitaux ad hoc mis à la périphérie des villes. Elle fait de même avec les lits de vieux, qu'elle supprime dans les C.H.U. et qu'elle transfère hors des centres urbains dans les hospices. A l'Assistance Publique, lors de la discussion du budget de 1956, on propose comme objectif principal "la distribution entre chroniques et vieillards et la recherche d'un accroissement massif et rapide de la capacité d'hospitalisation chroniques et des convalescents afin de dégager les services des malades aigus (1).

Ces réformes s'accompagnent d'un reclassement de l'ensemble des hôpitaux du territoire. Celui-ci prévoit le placement des vieux dans les centres ruraux. Un programme d'équipement intéressant les hospices et les services des vieux doit permettre de séparer les vieillards des jeunes infirmes et incurables, d'admettre dans des services distincts les valides et les invalides, les psychoses séniles et de prévoir à l'hôpital du chef lieu des services de gériatrie réservés aux vieillards exigeant des soins spéciaux et coûteux.

Mais ces distinctions restent administratives et comptables. L'hôpital rural n'est qu'une annexe de l'hospice permettant d'éviter le transfert des vieux lorsqu'ils tombent gravement malades dans les centres hospitaliers. Loin de recevoir des équipements spéciaux, les

les hôpitaux ruraux sont des hôpitaux généraux déclassés dont le support technique a été supprimé (fermeture par exemple des services de chirurgie jugés trop chers pour le nombre de lits), ainsi que la majeure partie de leurs effectifs de personnels médicaux et para-médicaux. Dans ce même temps d'ailleurs la clientèle des services des hôpitaux ruraux n'a pas ou a peu changé. Les hôpitaux ruraux peuvent être également des hospices dont l'infirmerie a été baptisée service de médecine générale.

Qu'ils soient nommés centres de santé ruraux, hôpitaux, hôpitaux locaux, hôpitaux de long séjour, hôpitaux pour chroniques ou hôpitaux ruraux, les établissements de cette filière de soins ne constituent que des fourre-tout de relégués sociaux malades, soumis à une médecine rudimentaire pour ne pas dire médicalement abandonnés, et des antichambres de la mort.

Pourtant, "il est capital de souligner qu'il s'agit pour les hospitalisations à l'hôpital rural de véritables malades réclamant des soins constants et que la suppression de l'hôpital nécessiterait leur hospitalisation ailleurs dans des centres plus coûteux". (1)

L'argument économique qui tend à différencier la qualité des médecines en fonction de la durée de la maladie, opère également comme discriminant socio-médical par le biais de la nature de la prise en charge économique. L'administration a, en effet, prévu des taux d'abattement différents selon les services et les actes pratiqués : de 0 à 15% pour les ressortissants de prévoyance sociale, de 20 à 50% pour les bénéficiaires de l'aide sociale, "même dans les sections invalides de maisons de retraite ou d'hospices où se trouvent les mêmes vieillards que ceux de la catégorie précédente. Les personnes correspondant à la première catégorie conservent l'intégralité de leurs ressources, les seconds participent lourdement ainsi que leurs familles aux frais de placement et voient leurs biens frappés d'hypothèque légale." (1)

La logique de développement technico-économique de la médecine conduit à une hiérarchisation et à une spécialisation toujours plus poussées des établissements de soins. De ce fait, elle crée des besoins et des problèmes nouveaux, le problème des malades chroniques, les

(1) A. Thévenot, L'aide médicale, l'aide sociale, l'aide publique et...

les besoins des vieux, qu'elle ne peut, par définition, se donner les moyens de résoudre dans la mesure où elle les pose en termes de spécialité technique alors que c'est d'économie (et de sous médecine) et de ségrégation sociale qu'il s'agit.

Cette logique économique qui fonde la rentabilité économique des hôpitaux sur la rotation des lits d'autant plus rapide que le prix de journée est plus élevé tend à multiplier les prises en charges spécialisées dans le traitement des maladies dites de longue durée et à inventer de nouveaux critères de hiérarchisation des médecines (La conception moderne de la maladie tourne le dos à cette conception idéale de la maladie qui voit en celle ci un événement fortuit avec un début, un milieu et une fin. elle serait de plus en plus liée au patrimoine génétique des individus et des groupes sociaux) Elle conduit ainsi à une orientation de plus en plus massive de populations vers des institutions qui, ayant un équipement médical technique ou humain très réduit fonctionnent comme des lieux de relégation socio-médicale.

L'analyse de la création de lits nouveaux dans un hôpital illustre bien ce mécanisme. Dans un premier temps, les autorités de tutelle ont contesté la durée moyenne de séjour dans les services de médecine générale de l'hôpital . Quelques années plus tard, la commission médicale consultative demandait la création d'un service de convalescents, "afin de contribuer à une meilleure gestion de l'hôpital et réduire la durée moyenne de séjour". En même temps, la commission administrative demandait la transformation en section de médecine à vocation gériatrique d'une section du service de médecine dont la direction fut confiée au médecin de l'hospice alors en fonction. A la même époque l'hospice était agrandi. Quatre ans plus tard, en 1973, la commission administrative se préoccupait du fonctionnement de la maison de retraite, tant en raison de la pleine occupation des lits que des problèmes engendrés par l'évolution physique des personnes âgées hébergées. Sont évoquées les charges médicales importantes supportées, - dépenses pharmaceutiques, examens, augmentation de la rémunération des médecins-. On rappelle la position très restrictive adoptée par la Sécurité Sociale en

suggère une solution qui passerait par la création d'un service de chroniques au sein de l'hospice qui permettrait de faire bénéficier les vieillards de la prise en charge complète par les organismes de prévoyance.

L'ensemble de ces opérations s'est ainsi traduit: on a créé un service de convalescents (qui compte autant de décès dans l'année que les services de médecine, ce qui indique bien que ce n'est pas de l'état physique des malades dont il est question) . On a spécialisé une unité de médecine en gériatrie et on a agrandi l'hospice. Pendant ce temps là, les chirurgiens et les gynécologues ont demandé en vain , les uns la modernisation de leur bloc opératoire, les autres la reconnaissance de la spécialisation d'une section de la maternité. Au total la spécialisation a abouti à des créations de lits uniquement dans un but de désencombrement (convalescents et hospices) et au déclassement d'une section de médecine. On a créé des lits sous équipés sur le plan médical, et il n'a pas été répondu au problème de la prise en charge médicale "spécifique" des personnes âgées malades chroniques, invalides ou grabataires. L'hospice est toujours suroccupé, on meurt en convalescence. Le dernier rapport moral de l'hôpital s'insurge contre la situation actuelle de la maison de retraite.

" L'activité de la maison de retraite confirme amplement les résultats antérieurs et le taux d'occupation de 97,3% est suffisamment éloquent pour ne pas entraîner d'autres commentaires si ce n'est d'insister sur l'urgence d'une redistribution des services en place , dans le sens d'un dégagement sur un service plus adapté, de toute la population non valide et grabataire." (1)

La multiplication de lits spécialisés pour malades chroniques, pour personnes âgées qui accompagne la spécialisation croissante des services des hôpitaux universitaires accroît de plus en plus l'écart existant entre les différentes médecines pratiquées du haut en bas de la pyramide des établissements sanitaires. Le prix de journée et la rotation maximum des lits opèrent comme critères de sélection socio-médicale des malades. Celui de la durée de la maladie pèse sur les catégories sociales les plus malades, les plus exposées au

risque pathologique (personnes âgées, population ouvrière, travailleurs immigrés ,cas sociaux...) De ce fait, la catégorie de la maladie (aigue ou chronique), vient redoubler l'inégalité sociale devant la santé en ce que la qualité de la prise en charge est dans un rapport inverse à l'état de santé des populations.

Le classement des établissements ,des services et des maladies organise une prise en charge médicale de classe en produisant à travers les différentes formes de déviance corporelle et de morbidité son propre système de classement social des individus. Ceci se manifeste sous différents aspects : d'une part il organise des filières de soins distinctes selon les catégories professionnelles et sociales de la population. Sont ainsi exclues de l'accès aux soins les plus intensifs et sophistiqués les populations de malades chroniques, ceux dont les maladies sont les plus invalidantes, c'est à dire les catégories sociales les plus exposées par leurs conditions de travail et de vie en général au risque pathologique.

Les deux tableaux des pages suivantes montrent que la hiérarchie "technique"des établissements correspond en fait à une hiérarchie en fonction des clientèles sociales différenciées , aux populations sociales auxquelles sont destinés le service ou l'établissement. Le degré de spécialisation du service s'élève avec une représentation croissante des catégories sociales moyennes et supérieures. Inversement la proportion des cas sociaux s'accroît lorsque la qualité de la prise en charge médicale baisse.

Le rapprochement entre les résultats de l'analyse des différentes clientèles sociales de ces établissements,d'une part, ceux de l'analyse des échanges des malades entre ces établissements d'autre part , et enfin ceux du mode de prise en charge économique (mutuelles, sécurité sociale et aide sociale) , du mode d'entrée des malades (par consultation, par transfert ou par la porte), et de leur âge, permet de conclure à l'existence de filières de soins distinctes dont l'une constitue une véritable filière d'abandon médical. Cette dernière part des services de médecine générale ou de convalescence des centres hospitaliers pour aboutir à l'hospice, à l'hôpital rural ou à l'hôpital psychiatrique. (Les services de médecine générale fournissent en effet 30 % des entrées de l'hôpital psychiatrique

TABLEAU DE LA CLIENTELE SELON LE C S P DES DIFFERENTES CATEGORIES D'ETABLISSEMENTS DE SOINS (En %)

type d'établissement	Clinique	Centre hospitalier	hopital rural médecine	Hospice	Maison de retraite
C S P					
Ouvriers agricoles	2,3 %	2,1 %	5,5	24	35
exploitants agricoles	13	8,8	18	11	8
Prof lib Cadres Sup	1,5	0,8	0	0	28
Commçts Artisans	10,3	7	13,5	5	4
Cadres moyens	11	5	1,3	0	8
techniciens contremaitres	4,3	5		3	12
employés	20	13	10	14	16
Ouvriers et non qualifiés	2,8 4,5 } 13,3	43	36	20	4
Personnel de service	1,3	3,7		2	11
Armée Police	5,7	1,6		1	8
étudiants écoliers	9,5		5		
Cas sociaux (Invalides, S.D.F. chômeurs...)	0,2	3	10,7	13	0

II
Tableau de la composition sociale des services
hospitaliers selon la C.S.P. (C.H.U. Parisiens).

C.S.P.	Spécialité	Médecine Générale	Médecine générale Service semi spécialisé	Chirurgie générale	Médecine spécialisée	Service "de pointe" soins intensifs
Professions libérales						
Cadres supérieurs		1,7	1,9	6	9	18
Cadres moyens						
Techniciens		10,5	6,6	16,5	8	19
Petits commerçants artisans		5,5	8,5	7,4	18	7
Employés		11,5	12,1	9	4	17
Ouvriers		16,5	11,2	22	21,5	8
Personnel de service		3,5	1,5	4,5	6,5	4
Retraités		36	35,4	16,6	29	6
Femmes sans profession		13,3	21,7	6,5	4	9
Etudiants, écoliers		1,5	1,1	11,4	-	4
Autres		-	-	-	-	7
TOTAL:		100	100	100	100	100

et entre 30 et 45 % des entrées des deux hospices étudiés). L'hospice, l'hôpital rural et l'hôpital psychiatrique ont une fonction largement substituable d'un établissement à l'autre. L'analyse des échanges qui partent de chacun de ces établissements montre que l'essentiel de ces échanges se font exclusivement avec les deux autres.

Les notions de " cas social ", de " maladie chronique " et d'âge permettent d'assurer une confusion entre le médical et le social, de parler en termes d'assistanat social alors qu'il s'agit d'organiser une médecine de second ordre pour des populations de malades socialement déshéritées, ou de besoins particuliers des vieux malades, alors qu'il s'agit d'isoler en les reléguant dans des institutions qui ne les prennent pratiquement pas en charge sur le plan médical les populations improductives.

A côté de cette filière clandestine d'abandon médical et de relégation sociale, on peut distinguer deux autres types de médecine. L'une à haute technicité, pratiquée dans des services très spécialisés. Elle est axée sur une fonction de recherche. C'est le moteur du développement de la production médicale. Elle s'adresse à des malades sélectionnés selon une double grille de critères : le critère de la gravité de la maladie, ou plus exactement l'intérêt scientifique de la maladie, et le critère de l'appartenance sociale. Ces critères peuvent fonctionner séparément ou conjointement. Leur utilisation dépend de la nature de la production médicale du service. Plus l'activité est routinisée mais coûteuse, plus le critère de l'appartenance de classe l'emporte, plus les résultats de l'activité médicale sont incertains, les recherches exploratoires, plus l'emporte le critère de l'intérêt scientifique.

Cette médecine est pratiquée au sommet de la pyramide hospitalière, dans les Centres Hospitalo-Universitaires, dans leurs services les plus spécialisés.

A côté de cette médecine à haute technicité on rencontre une médecine de masse, pratiquée dans les services semi-spécialisés et spécialisés des Centres hospitalo universitaires, dans les Centres hospitaliers et les cliniques. Sa logique de production diffère de celle de la médecine de pointe. Celle-ci échappe aux impératifs de rentabilisation immédiate, aux efforts de rationalisation technico-administratives qui visent à établir un contrôle social plus important de l'activité médicale.

La médecine de masse par contre est la cible actuelle des différentes réformes hospitalières qui cherchent à rentabiliser le secteur santé du point de vue économique et social. Elle s'adresse à l'ensemble de la population productive lorsque ses membres sont atteints de maladies aiguës, ou lorsqu'ils ont une espérance de vie et de gains suffisamment élevées pour que soient économiquement justifiées les dépenses que les institutions de prise en charge décident à leur égard.

La Maladie comme discriminant social

Autant que la catégorie d'établissement, ou le degré de spécialisation du service, la maladie ou plutôt, la spécialité qui la prend en charge, joue un rôle de sélecteur social des populations soignées et différencie les modalités des prises en charge.

L'exemple de la prise en charge des maladies pulmonaires dans un département illustre bien le rôle de la maladie comme discriminant social et en quoi celle-ci médiatise ou redouble l'appartenance sociale dans la hiérarchie des médecines. La pneumophtisiologie est, dans ce département passible d'une multiplicité de prises en charge médicales : médecine de ville, hôpital, Clinique et médecine du travail. De plus, le seul spécialiste en pneumophtisiologie, en même temps cardiologue, spécialiste renommé par ailleurs exerce à la fois à l'hôpital et à la Clinique, et contrôle la médecine du travail. Or, il ne traite pas à l'hôpital et à la Clinique les mêmes maladies.

"Je ne fais pas de pneumo-phtisiologie à la Clinique, ou très peu ; je préfère les isoler à l'hôpital. Mais il m'arrive de traiter à la Clinique une embolie pulmonaire survenue après autre chose. Je ne vois qu'un pour cent des malades de pneumophtisiologie à la Clinique. On voit surtout des cancers, mais aussi des tuberculeux. Ils sont nombreux à l'hôpital. Les Français sont des alcooliques et l'alcoolisme cause des maladies. J'isole à l'hôpital les tuberculeux, les bronchitiques chroniques et les insuffisants respiratoires qui viennent tous pour les mêmes raisons : l'alcoolisme et l'abus du tabac" (1)

Il est clair que la notion de contagion au sens médical ne justifie pas l'isolement en un lieu spécialisé des tuberculeux, puisque d'autres maladies sont traitées dans le

(1) Entretien avec le médecin chef de pneumophtisiologie.

même service . Cet isolement est déterminé par une intention ségrégative extra-médicale justifiée par une assimilation des maladies pulmonaires à l'alcoolisme et par suite aux milieux sociaux auxquels l'alcoolisme est reproché comme étant un comportement déviant.

La maladie devient un attribut social. Ce phénomène est indépendant ou à peu de rapport avec la distribution statistique des maladies selon les différents milieux sociaux. B. Mottez (1) a ainsi montré que lorsqu'on parle du problème de l'alcoolisme , c'est de l'alcoolisme en milieu ouvrier qu'il s'agit , même si on boit autant dans les autres classes sociales. La tuberculose peut frapper beaucoup plus la classe ouvrière que d'autres classes sociales , et particulièrement les ouvriers non qualifiés et les manoeuvres ; néanmoins , ce n'est pas la raison essentielle de la mise en place d'une filière particulière de prise en charge de la tuberculose, par la médecine du travail et la médecine de dispensaire. Il n'y a de problème médical ou de prise en charge spécifique que lorsqu'a été isolé et posé un problème social quelconque, que lorsque la pathologie de tel groupe social devient un problème social ou politique, que la déviance corporelle menace l'ordre social . Il s'agit avant de soigner , de contrôler à travers la surveillance de leurs maladies un groupe social particulier . La médecine du travail et la filière de prise en charge de la tuberculose qu'elle organise sont davantage un instrument de contrôle social des travailleurs qu'une institution de prévention et de traitement efficace des maladies de ceux-ci. Ainsi, seule la tuberculose des classes laborieuses est mise en avant , sujette à une prise en charge spéciale. La tuberculose dans les autres classes sociales est traitée plus discrètement par la médecine de ville. On n'envoie à l'hôpital , en dispensaire

(1) L'alcoolisme en milieu de travail 1974- Rapport ronéoté

ou en sanatorium que les ouvriers et surtout les ouvriers immigrés . L'objectif d'ordre social précède des questions médicales ou d'intérêt public telles que la contagion.

La répartition des spécialités entre la Clinique et l'hôpital est un indicateur intéressant du rôle des maladies comme médiatrices de prises en charge socialement ségrégatives .

Les seuls lits de médecine existant à la Clinique sont des lits d'hémodyalise rénale de Cardiologie et de Cobaltothérapie. Malheureusement ces lits étant ouverts très récemment au moment de l'enquête , nous ne pouvons raisonner que sur des effectifs limités , mais néanmoins , significatifs. La présence des lits d'hémodyalise et de Cobaltothérapie s'explique essentiellement pour des raisons de rentabilité économique , mais celle de Cardiologie s'explique davantage par les catégories socio-professionnelles qu'elle est censée frapper , tant du point de vue statistique qu'au niveau des représentations, c'est-à-dire les agriculteurs et les cadres. L'infarctus est la maladie du cadre et de l'agriculteur (même si statistiquement les ouvriers sont davantage frappés par lui) . Le tableau de l'appartenance sociale des maladies soignées en Médecine à la Clinique montre que les écarts relevés plus haut entre l'Hôpital et la Clinique (en Chirurgie et en Maternité) sont beaucoup plus accusés lorsqu'il s'agit des lits de Médecine.

La répartition des spécialités telles que la cardiologie et la pneumophtisiologie entre la Clinique et l'Hôpital montre bien que le critère de la maladie (ou plutôt de

la spécialité) intervient comme filtre social pour différencier la qualité des prises en charge. Lorsque les prises en charge différenciées, institutionnellement correspondent étroitement à la distribution différentielle des maladies selon les différentes classes sociales, (c'est le cas de la tuberculose) , le critère de la maladie n'intervient pas seulement comme sélecteur de prise en charge , il vient redoubler les écarts sociaux que le seul critère de l'appartenance sociale produisait.

L'analyse de la clientèle sociale des différents établissements et de leurs services montre donc que loin de correspondre à des nécessités techniques , la pyramide des établissements de soins organise des prises en charge médicales socialement différenciées. Elle montre également que la catégorie d'établissement n'est pas le seul discriminant, celle du service, celle de la spécialité et celle de la maladie peuvent discriminer plus encore les malades devant l'accès aux soins.

Conclusion

Les catégories médicales ne sont pas le pur produit d'un développement autonome de la technique ou de la science médicale. Elles sont traversées par des impératifs socio-économiques qui investissent la médecine d'une fonction d'ordre social.

L'organisation actuelle de la prise en charge socio-médicale des malades , à travers la pyramide des services et des établissements , contribue à produire un classement des affections somatiques en fonction des différents groupes et classes sociales que la société décide de soigner , contrôler ou encore stigmatiser à l'occasion des désordres du corps.

La structure socio-technique de la médecine tend donc, dans la sphère de l'ordre des corps à produire des indicateurs sociaux spécifiques qui naturalisent, en les fondant sur une base " objective", les catégories médicales de classement social.

Ainsi l'âge biologique , la nature aiguë ou chronique de la maladie , sa cause (le comportement - quand par exemple l'alcool favorise la tuberculose - la génétique ou le milieu) justifient la différenciation et la spécialisation des prises en charge . Celles-ci organisent une hiérarchisation des médecins en fonction des populations sociales auxquelles elles s'adressent.

Les catégories médicales produites par l'organisation de la médecine définissent à partir du champ de la santé un classement social , un étiquetage et une stigmatisation en termes naturels des populations qu'elles prennent en charge. La rationalité médicale à l'occasion du classement des maladies crée des instruments de gestion sociale des corps , et contribue à la reproduction des classes sociales ainsi qu'à la systématisation constante des différences sociales.