Document généré le 15 juil. 2025 20:43

International Review of Community Development
Revue internationale d'action communautaire

Les médecins et la référence communautaire en France
Doctors and Reference to the Community in France
Los médicos en Francia y la referencia a lo comunitario

Monika Steffen

Numéro 19 (59), printemps 1988

Repenser les solidarités étatiques

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1034252ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1034252ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (imprimé)
2369-6400 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Steffen, M. (1988). Les médecins et la référence communautaire en France. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (19), 169–175. https://doi.org/10.7202/1034252ar

Résumé de l'article

La référence au communautaire dans le champ médical ne signifie pas la même chose pour tous les acteurs. D'ailleurs, l'expression santé communautaire invite à plusieurs lectures. De manière étonnante, ce sont moins les mouvements d'usagers que les diverses catégories de professionnels qui en ont évoqué l'idée : la référence communautaire a essentiellement servi dans les débats internes au corps médical, soit pour renforcer, soit pour contester la médecine libérale. Retraçant la confrontation des idéologies sociales autour de questions importantes comme l'assurance-maladie, et en relation aux positions politico-philosophiques mises de l'avant par différents groupes de médecins (libéraux, communistes, personnalistes), l'auteur montre comment a été utilisée en France, de manières diverses, la référence communautaire. Il semble que, jusqu'à maintenant, celle-ci ait été principalement accaparée par des professionnels désireux d'élargir leur champ d'intervention et par des gestionnaires ayant pour mandat de limiter les dépenses publiques.

Tous droits réservés © Lien social et Politiques, 1988

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Les médecins et la référence communautaire en France

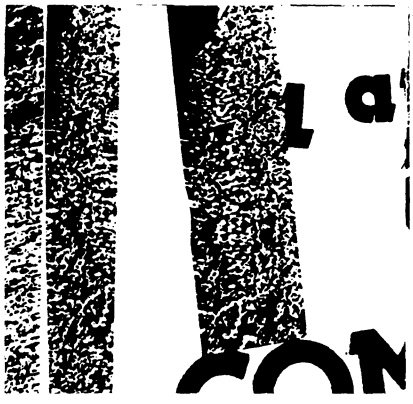
M. Steffen

L'évolution de la politique de santé en France a fait renaître chez les médecins, notamment chez les praticiens de la médecine générale, le thème de la santé communautaire. D'où vient l'intérêt pour cette notion, dont le contenu n'est jamais clairement défini et qui, contrairement à l'idée répandue, est un thème ancien dans l'histoire de la profession ? Nous développerons ici la thèse selon laquelle la référence communautaire est en étroite relation avec les stratégies professionnelles. Elle recouvre en permanence la recherche de financements extra-professionnels pour la médecine ambulatoire, pour qu'elle soit modernisée à l'instar des hôpitaux.

Le terme santé communautaire invite à plusieurs lectures. Il renvoie à l'idée de prendre en charge la santé d'une population, prenant donc le sens de santé publique. Il renvoie à l'idée d'une communauté professionnelle, dont le contenu est variable : il peut s'agir de la médecine d'équipe, réunissant généralistes et spécialistes, d'une équipe soignante comprenant en outre les professions paramédicales, d'une équipe médico-sociale intégrant également les spécialistes de la psychologie et les travailleurs sociaux. Enfin, la notion de santé communautaire renvoie à l'idée d'une participation de la communauté à la conception et à la mise en oeuvre des actions de santé qui lui sont destinées. La notion de santé ou de médecine communautaire combine toujours, implicitement, ces trois dimensions, si bien qu'elle devient synonyme d'une réorganisation des services de santé, d'une plus grande cohérence et d'une plus grande efficacité de ces services. Elle suggère la convergence des intérêts des professionnels, des malades et de la collectivité tout entière. Cette polysémie permet d'utiliser le terme dans des contextes divers et à des fins très différentes : le renouveau des conditions d'exercice de la médecine de ville, la limitation du recours aux services spécialisés au profit d'une réorientation vers les soins de base alors présentés comme plus économiques ou plus démocratiques, la réhabilitation des pratiques traditionnelles ou parallèles, illustrée par les exemples du Tiers monde, la réactivation des systèmes d'entraide traditionnels et privés dans certains pays européens.

En France, le militantisme des usagers et les mouvements qui visaient une participation accrue de la population à la conception des politiques publiques ont peu concerné la médecine. Ici, la référence communautaire a essentiellement servi dans les débats internes au corps médical, soit pour renforcer, soit pour contester la médecine libérale, alors que le

problème de fond traité à travers la référence communautaire réside toujours dans une opposition entre médecine de pointe et médecine de première ligne.



La communauté médicale, le corporatisme et la philosophie personnaliste

En 1928, après dix ans de débats, la France s'apprête à instaurer un régime obligatoire d'assurances sociales. C'est à la faveur des affrontements autour de la gestion de l'assurance-maladie qu'une équipe d'ultra-libéraux parvient à la direction de la Confédération des syndicats médicaux. En même temps, elle réussit à imposer au législateur ses options résolument libérales. Ainsi, en dépit de l'existence d'une assurance-maladie pour tous les salariés, les médecins peuvent continuer à fixer librement leurs honoraires et à recevoir leur rémunération directement des patients. Ces derniers sont ensuite remboursés par leur caisse, selon un tarif dit de responsabilité, qui est généralement inférieur à la dépense réellement engagée, la différence restant à la charge des assurés. Ce système de « l'entente directe » s'appuie sur une nouvelle conception éthique élaborée en même temps, qui présente le médecin comme le gardien des valeurs morales et l'arbitre social (les dirigeants libéraux proposent, pour écarter toute obligation, de développer les soins gratuits pour les malades nécessiteux). Dans ce nouveau discours, la maladie est présentée comme un problème purement individuel et privé, détaché de tout contexte social.

Or, loin de garantir l'expansion harmonieuse du libéralisme médical, ce système révèle vite ses limites et contre-effets : les principes libéraux s'avèrent peu efficaces face au défi du progrès technique et de la spécialisation ; le paiement à l'acte oblige à séparer de plus en plus la médecine curative de la prévention et de la santé publique, car ces activités sont peu susceptibles d'une rémunération à l'acte ; l'hôpital public occupe une place de plus en plus importante et attire une clientèle toujours croissante ; les revenus des médecins continuent à dépendre du niveau économique moyen de leur clientèle et sont donc source d'inégalités de plus en plus durement ressenties parmi les praticiens.

Pour pallier toutes ces difficultés, incompatibles avec l'unité de la profession, les ultra-libéraux proposent, dans les années 1930 et 1940, la création d'une « communauté médicale organisée ». Selon les promoteurs de la formule, celle-ci pourrait prendre la forme d'un syndicat obligatoire ou d'un ordre de médecins. Cette organisation aurait autorité sur tous les médecins et veillerait au respect des principes libéraux. Son rôle serait de définir avec l'État la politique publique de santé et de contrôler, voire de diriger les caisses d'assurance-maladie. Certains projets conçus à cette époque prévoient l'attribution de fonds publics aux syndicats des médecins libéraux pour la création et le fonctionnement, sous leur autorité, de « centres de dépistage, de diagnostic et de traitement spécialisé ». La raison de ces projets, peu conformes à une éthique réellement libérale, réside dans les difficultés que rencontrent les médecins pour accumuler les bénéfices nécessaires au développement technologique de la médecine, pour enrayer la concurrence des hôpitaux et des dispensaires promus par des organisations charitables, des mutuelles et des municipalités. Les ultra-libéraux sont conduits à rechercher des ressources extra-professionnelles et à en revendiquer le contrôle, toujours dans le but de consolider et de sauvegarder leur part du marché médical. Leur perspective ultra-libérale ne leur permet pas de reconnaître le fond du problème. Celui-ci réside en fait dans les limites imposées au rôle de l'assurance-maladie. Combinée avec « l'entente directe », elle ne peut garantir la solvabilité du marché, ni le développer. La demande médicale croissante se dirige vers l'hôpital public et les centres médicaux des collectivités. Ni la création de l'Ordre des médecins, en 1940, ni la discipline confraternelle alors imposée à tous les praticiens n'ont permis de résoudre ce problème. La notion de communauté médicale organisée a seulement permis de fusionner les principes ultra-libéraux et une vision corporatiste du monde, à l'époque où les idéologies corporatistes se développaient dans toute la société.

Certains médecins considèrent cette conception de la communauté médicale comme trop étroite. Il s'agit surtout des prati-

ciens des régions rurales, où les clients aisés et même les assurés sociaux sont rares. Ces médecins pensent que la « communauté médicale » devrait, au contraire, collaborer avec les pouvoirs publics et les caisses, afin de prendre des mesures pour réduire les charges qui pèsent sur les clients et les empêchent de faire appel au médecin, et pour développer des actions sanitaires au niveau de la collectivité. Selon ces médecins, la communauté médicale devrait aussi oeuvrer pour transformer les rapports entre médecins, en substituant à la concurrence la coopération et aux rapports hiérarchiques verticaux des relations horizontales confraternelles.

Cette deuxième conception de la communauté médicale s'inspire pour une large part d'un courant philosophique, le personnalisme communautaire, développé par Emmanuel Mounier et animé par la revue *Esprit*. La communauté médicale devient ici synonyme de « l'équipe médicale » et le terme médecine libérale, qui était devenu le nouvel emblème de la profession, est remplacé par la notion de « médecine humaine ».

Les médecins de « la troisième voie », selon la terminologie de la philosophie personnaliste, s'opposent aussi bien au collectivisme qu'au libéralisme, qu'ils assimilent respectivement au marxisme et à la réduction de l'homme à ses intérêts strictement économiques. Au nom de cette philosophie sociale, ils rejettent les projets visant la création d'un Ordre des médecins ou d'un syndicalisme obligatoire. Ils considèrent ces perspectives comme étroitement corporatistes. Leur vision du monde s'organise entièrement autour de la notion de « personne humaine », toujours considérée au sein de sa communauté. Cette référence communautaire s'applique au médecin comme au malade. Elle conduit à une nouvelle conception des modes d'exercice et des rapports entre la médecine et la société.

La notion d'individu, fondamentale pour les libéraux, est une idée abstraite pour les médecins personnalistes. Ceux-ci mettent en avant la notion de personne humaine, pour insister sur les dimensions psychologiques, sociales et économiques de la maladie et de la santé. Ces dimensions sont essentielles pour eux, car c'est à travers elles que s'expriment l'homme global et les liens qui l'unissent indissociablement à sa communauté. De la même façon, ce n'est plus l'individu médecin qui est considéré comme la cellule de base de la médecine, mais l'équipe médicale. Celle-ci doit être pluridisciplinaire. Elle doit réunir les médecins généralistes et les spécialistes, voire les professionnels paramédicaux. La séparation entre médecine « sociale » et médecine « individuelle », qui préoccupe tant les libéraux à cette époque, n'a guère de sens pour les médecins de la troisième voie. La référence communautaire permet ainsi de réunifier la médecine, par l'équipe pluridisciplinaire, qui devrait prendre en charge non seulement les soins curatifs mais également les tâches de prévention et la santé publique pour la communauté, et par la collaboration avec les partenaires locaux (collectivités locales, mutuelles, caisses d'assurance-maladie), qui devrait viser à améliorer l'accès aux soins et la coordination médico-sociale.

Pour mettre en oeuvre la médecine communautaire, ses promoteurs proposent des « maisons médicales ». Celles-ci regrouperaient les cabinets médicaux, les services paramédicaux et le secrétariat. À la différence des dispensaires, ces maisons médicales devraient être le lieu de travail permanent des médecins. Elles disposeraient d'un équipement technique moderne, voire de quelques lits pour des interventions qui ne nécessitent pas d'hospitalisation lourde. Ces maisons médicales devraient bénéficier d'un financement extérieur, public ou para-public, et être gérées non par les médecins, mais par un gestionnaire professionnel. Pour leur rémunération, les médecins personnalistes envisagent le partage de la masse commune des honoraires, qui serait versée directement par les caisses, l'État et les autres financeurs.

La philosophie du personnalisme communautaire a permis, à l'époque du libéralisme triomphant, de diffuser une autre conception de l'organisation des services de santé. Le contenu de la référence communautaire n'est cependant pas très précis. Il est polysémique. Dans les écrits de ses promoteurs, la notion de médecine communautaire renvoie tantôt aux rapports confraternels, tantôt à l'organisation de la profession ou à un mode d'exercice, tantôt aux relations avec les patients ou avec la collectivité. En fait, cette nébuleuse communautaire exprime déjà à cette époque le malaise diffus d'une partie des praticiens. Aussi la philosophie de la médecine communautaire trouve-t-elle son expression concrète dans le projet des maisons médicales. Celui-ci non plus n'est pas nouveau à l'époque. Il reprend un projet qui avait déjà été formulé au début du siècle, et il va inspirer des innovations trente et quarante ans plus tard : la médecine de groupe d'aujourd'hui, qui est libérale, et certaines expériences de centres de santé où les médecins sont salariés. À l'origine de ces innovations ultérieures, on trouve souvent des médecins issus du premier groupe réuni autour de la revue *Esprit*, mais leurs projets se sont généralement réalisés dans des contextes politiques et idéologiques éloignés des sources personnalistes. C'est le cas notam-

ment de la polyclinique de la Feuilleraie, à Marseille, oeuvre d'un groupe de médecins communistes. La permanence du projet de maisons médicales communautaires s'explique par les difficultés permanentes de la médecine de première ligne et par l'absence d'une politique concernant l'organisation des services ambulatoires. Les premiers médecins personnalistes écrivaient déjà, pour justifier la nécessité des maisons médicales, que « la médecine ne réserve pas de marge suffisante de bénéfice pour s'équiper correctement » (Dr A. Vincent, 1945). C'est à ce même problème que les ultra-libéraux avaient tenté, en vain, de répondre par la « communauté médicale organisée ».

Les centres de santé, le libéralisme associatif et la médecine de terrain

Le problème n'a toujours pas trouvé de réponse malgré de multiples initiatives, dans le cadre libéral et en dehors de celui-ci. Les projets avancés ont en commun de s'appuyer sur une meilleure insertion des services médicaux dans la communauté locale et sur une meilleure écoute de ses besoins. La référence communautaire prend un contenu différent selon les promoteurs et les époques : accessibilité aux soins, unités sanitaires de base, coordination locale, alternatives à l'hospitalisation... Toutes ces formules qui tendent vers un renouveau de la médecine de première ligne butent sur le système établi. Celui-ci se caractérise en France par la place prédominante de l'hôpital public et par l'hégémonie du modèle libéral sur la médecine ambulatoire. Le modèle libéral n'a pas été mis en cause après la guerre lors de la création de la Sécurité sociale. Il a donné lieu à un compromis avec l'État providence. La politique nationale conventionnelle qui en a résulté a favorisé le développement de la spécialisation tandis que la fonction du médecin généraliste n'a cessé de se rétrécir. Or, c'est au niveau des généralistes, à la base de la hiérarchie professionnelle, que la pression de la démographie médicale, toujours croissante, se fait le plus sentir. Nous développerons ici les exemples les plus significatifs de l'appel à la communauté de ces médecins en mal d'avenir.

Le premier exemple concerne *les centres de santé*. Ils ont été promus par des professionnels à la recherche de nouveaux modes d'exercice. Pour réaliser leur projet, ils ont dû s'allier à des groupes politiques, à des mutuelles et à des municipalités proches des partis de gauche, qui ont financé l'investissement et le déficit de l'exploitation. Le déficit est structurel dans les centres de santé, car l'assurance-maladie ne rembourse que les activités codifiables en « actes » médicaux, laissant de côté toute la partie innovatrice et communautaire de leurs activités : consultations prolongées, éducation sanitaire, coordination médico-sociale, actions de prévention collective.

Avec la lente désaffection pour le militantisme et les organisations politiques traditionnelles, les centres de santé ont dû réorienter leur politique. La reconversion consiste à redéfinir la communauté ou les besoins de la communauté à laquelle les centres s'adressent. Les centres de la banlieue parisienne, traditionnellement orientés vers l'accès aux soins pour les populations économiquement faibles, investissent maintenant les nouveaux problèmes sociaux (toxicomanie, soins à domicile pour personnes âgées, nouvelle pauvreté). Les centres de la région marseillaise, à l'origine tournés vers une médecine au service de la classe ouvrière, s'orientent vers une politique de santé et de prévention au niveau des localités. L'expérience de Grenoble, marquée au début par l'approche antilibérale des professionnels et limitée à son quartier d'implantation, s'est développée à travers la médicalisation des centres sociaux de la ville, selon la politique des quartiers de la municipalité sous le régime du maire Dubedout. Depuis le changement de la majorité au conseil municipal, en 1983, la reconversion des équipes médicales grenobloises au statut libéral est à l'étude.

La définition de la communauté à laquelle le centre de santé devrait s'adresser se trouve toujours au coeur des conflits qui opposent fréquemment les professionnels, venus chercher un renouveau des conditions d'exercice de leur métier, et les gestionnaires, qui soutiennent l'expérience en fonction de leur politique générale. Dans ce cas, les médecins se réfèrent aux usagers-patients, les municipalités aux habitants-contri-

buables et les mutuelles aux adhérents-payeurs. Il est à noter ici que le terme centre de santé « intégré » apparaît avec le premier tournant de l'histoire des centres. La première génération, apparue dans les années 1950, visait à faciliter l'accès aux soins et, pour certains d'entre eux, à développer l'exercice de la médecine en équipe. La deuxième génération est apparue lorsque la couverture médicale était déjà largement garantie grâce à la politique conventionnelle et à l'augmentation du nombre de médecins. Dès lors, les centres ont mis l'accent sur le contenu de l'activité médicale : l'intégration de la prévention dans l'activité des praticiens et l'intégration du centre au sein de la communauté. Par la pratique d'une médecine « globale », ces expériences entendent s'opposer à la médecine libérale traditionnelle en démontrant les dysfonctionnements du paiement à l'acte.

Notre deuxième exemple concerne *les médecins de groupe*, qui essaient de renouveler les conditions d'exercice à l'intérieur du cadre libéral. Ils ont élaboré leur projet au cours des années 1970, dans le cadre du Syndicat national des médecins de groupe. À cette époque, leur philosophie reste encore proche des idées des pères fondateurs issus du premier groupe de médecins personnalistes. Pour les jeunes leaders de la médecine de groupe, le paiement à l'acte et la propriété médicale exclusive ne constituent donc pas des principes intangibles à cette époque. Ils envisagent de relativiser ces modalités traditionnelles afin de favoriser la formation d'équipes pluridisciplinaires, centrées autour des médecins généralistes, et de promouvoir la collaboration avec les représentants de la communauté locale. Or, la longue opposition de l'Ordre des médecins à l'exercice pluridisciplinaire, l'insuffisance du cadre juridique et fiscal dont l'adaptation s'avéra lente, la politique de la Confédération des syndicats médicaux français, limitée à l'action sur les honoraires conventionnels (plus avantageuse pour les spécialistes...), tous ces obstacles font que les groupes se développent plutôt dans un cadre monodisciplinaire et que les principes libéraux traditionnels restent la règle.

Au cours des années 1980, avec la diffusion des thèses néolibérales, la philosophie des médecins de groupe s'adapte à cette réalité. Le projet n'est plus une remise en question aussi audacieuse ; il est formulé en termes de « libéralisme associatif ». Il s'appuie sur deux types d'associations, déjà inventées auparavant, pour gérer la partie communautaire de l'exercice, c'est-à-dire l'extension du champ d'activité vers la santé publique et les soins à domicile. Les associations locales des professionnels libéraux de la santé, réservées à ces derniers (essentiellement les médecins et les infirmières), devraient recevoir les rémunérations forfaitaires et les répartir ensuite entre les libéraux, en fonction du travail fourni ; les associations locales de développement sanitaire, où participent également les partenaires locaux (représentants de la collectivité, des associations, des organismes financeurs), devraient organiser la prospection et la concertation. Ces structures permettent surtout de mobiliser les acteurs politiques locaux, sous l'initiative des libéraux, avec l'objectif de dégager de nouvelles ressources pour leur secteur. Les revendications des médecins de groupe portent sur la rémunération du « temps médico-social » et sur la mise à leur disposition de moyens logistiques, notamment d'un secrétariat médico-social. Ils ont également expérimenté la mise à la disposition des familles qui soignent à domicile un grand malade d'une allocation de « garde-malade », sur prescription médicale. Cette dernière mesure inaugure une nouvelle tendance permettant de transformer certaines dépenses sociales, auparavant accordées sur critères administratifs par des instances politico-administratives, en aides prescrites par les médecins libéraux. L'ensemble de ces mesures tend à renouer avec la tradition du médecin de famille, à revaloriser son rôle et à élargir ses fonctions, tout en évitant le risque d'une remise en question de la distribution libérale des *soins*, les associations libérales servant d'écran.

Le troisième exemple concerne *les associations de formation médicale continue*, regroupées au sein d'une union nationale (UNAFORMEC). Outre leur objectif officiel, la formation continue des praticiens, deux caractéristiques les distinguent des organisations syndicales des médecins : l'animation par des praticiens généralistes et une stratégie de mobilisation et d'action à partir de la base locale. Leur philosophie insiste sur la pratique « du terrain » et sur la santé communautaire. Leur but prioritaire est de former les médecins généralistes à la conduite d'études épidémiologiques et d'actions de prévention, toujours à partir du terrain, c'est-à-dire de leur terrain : l'initiative, l'observation, le questionnement devraient toujours partir du cabinet du praticien. Les animateurs du mouvement mettent constamment les praticiens en garde contre le risque de se voir transformer en « simples collecteurs d'informations » pour les enquêtes menées par les grandes institutions de recherche scientifique ou par les facultés de médecine. Les médecins généralistes devraient produire un corps de connaissances propre à leur pratique et au service de son développement. Cette connaissance devrait alimenter les nouvelles filières de formation spécialement

conçues pour la médecine générale. La production et la transmission d'un savoir spécifique au groupe indiquent un processus de professionnalisation, par lequel la frange dominée de la profession cherche à revaloriser sa position dans la hiérarchie médicale et sociale.

L'observation des actions organisées dans le cadre des associations de formation médicale continue montre bien ce processus. Les recherches épidémiologiques et les actions préventives entreprises sur le terrain commencent généralement par une recherche visant à définir les besoins de santé de la communauté. On aboutit souvent aux mêmes conclusions : la définition des besoins et l'évaluation des actions paraissent difficiles, voire impossibles. Le seul besoin clairement désigné est souvent la « demande de communication ». Cela suggère la fonction implicite qu'assure la recherche constante des besoins de santé. Elle fournit un support à un processus de mobilisation politique qui vise à constituer un réseau local de soutien autour des médecins généralistes à la recherche d'un nouveau profil professionnel. La médecine de terrain et le militantisme au sein des associations de formation médicale continue s'apparentent à un syndicalisme souterrain, à une tentative de doubler ou de contourner le syndicalisme médical officiel, national, qui ne parvient pas à prendre réellement en compte les problèmes de la médecine de première ligne. Un détail illustre ce rôle quasi syndical de la préoccupation communautaire : les travaux des « Premières journées nationales de santé communautaire », organisées par l'UNAFORMEC en 1984, ont été publiés sous le titre « Les nouveaux champs d'activités du praticien ».

En guise de conclusion

La référence communautaire est ancienne chez les médecins français. Elle renvoie de façon permanente au problème de l'organisation des services médicaux de base, en particulier au rôle mal assuré du médecin généraliste et à l'absence de financement pour l'infrastructure ambulatoire. Les débats entre le secteur libéral et les initiatives non libérales, qui ont tant préoccupé les médecins français, apparaissent comme un épiphénomène de ce problème de fond qui se pose de façon similaire dans les deux secteurs. L'appel à la communauté, formulé en des langages différents selon les courants idéologiques dominants dans la profession et dans la société, vise dans les deux cas à promouvoir des alliances au niveau local pour remédier aux difficultés de la médecine de base, ignorées par les acteurs nationaux de la politique de santé.

La situation pourrait cependant évoluer, sous la pression des gestionnaires de la santé qui se tournent maintenant, eux aussi, vers la communauté. Soucieux de maîtriser la croissance des dépenses de santé, ils envisagent des possibilités pour limiter le recours aux services de pointe et pour remettre au niveau des réseaux de base, de la solidarité micro-sociale (la famille, le voisinage, les associations d'entraide) une partie plus importante de la prise en charge. Présenté comme plus autonome et plus convivial que l'intervention professionnelle hétéronome, l'appel à la communauté permettra surtout de réserver les ressources publiques à la poursuite du développement médical de pointe.

Quelle sera l'attitude de la communauté, confrontée aux professionnels désireux d'élargir leur champ d'intervention et aux gestionnaires désireux, au contraire, de limiter les dépenses obligatoires ? Prendra-t-elle à l'avenir une part plus active à la conduite de la politique de santé ?

Monika Steffen
CERAT
Institut d'études politiques
Grenoble

Bibliographie

Collectif. 1943. *Médecine et communauté*, Librairie de Medicis, Paris.

ESPRIT (Revue), 30-34, 1935 ; n° spécial, « Les médecins vous parlent de médecine », février 1957.

FISSINGER, N. (sous la direction de). 1943-1944. *Les Directives de la médecine sociale — médecine de soins, médecine de prophylaxie*, Éd. Masson, Paris.

GOUST, F. 1969. *Médecine et urbanisation*. Éditions Ouvrières, Paris.

MONIER, J. 1981. « La médecine libérale et sociale », *Prévenir*, 3, Coopérative d'édition de la Vie mutualiste, Marseille.

NEDELEC, M. 1944. *Essai sur la réforme de la médecine*. Julliard, Paris.

PRÉVENIR (Revue), 3, « Exercice médical et santé », premier sem. 1981 ; 14, « Les alternatives à l'hospitalisation », premier sem. 1987.

RAOUX, F. 1979. *Naissance de la corporation médicale 1789-1943*, Thèse de médecine, Faculté de Saint-Antoine, Paris.

STEFFEN, Monika. 1979. « Les usagers dans une expérience de service communautaire de santé », *Revue internationale d'action communautaire*, 1/41, printemps.

STEFFEN, Monika. 1983. *Régulation politique et stratégies professionnelles : médecine libérale et émergence des centres de santé*. Grenoble, thèse d'État de science politique.

STEFFEN, Monika. 1985a. « Langages et stratégies politiques autour de l'exercice médical », *Prévenir*, 11, 2e sem.

STEFFEN, Monika. 1985b. « La santé communautaire : un projet professionnel en formation continue », dans *Les Nouveaux Champs d'activité du praticien*. UNAFORMEC.

STERNHELL, Z. 1984. « Emmanuel Mounier et la contestation de la démocratie libérale dans la France des années trente », *Revue française de science politique*, 6.

THEIL, P. 1943. *Le Corps médical devant la médecine sociale*. Paris, Librairie Baillière.

VINCENT, A. 1937. *Vers une médecine humaine*. Paris, Aubier.

VINCENT, A. 1945. *Le Jardinier des hommes*. Paris, Seuil.