

La fragmentation de la représentation médicale au Maroc : Dynamiques pluralistes et étiologies des clivages internes

Pr. Abdelhamid Benkhattab

Dr. Badr Amrani

Université Mohammed V -Rabat- Maroc.

Résumé : Au Maroc, le modèle de représentation des intérêts médicaux est hybride. Elle se caractérise par l'existence d'une représentation institutionnalisée incarnée par l'ordre des médecins (organisme monopolistique à vocation corporatiste) et d'une représentation médicale fragmentée (pluralité des corporations professionnelles médicales). En fait, l'objectif de notre article est d'étudier les causes de l'instabilité du corps médical à travers l'approche pluraliste des groupes d'intérêt, tout en s'appuyant sur deux étiologies des clivages internes. D'une part, le phénomène de spécialisation, en tant que mécanisme générateur des crises identitaires entre médecins généralistes et médecins spécialistes, et d'autre part, le système des études médicales, en tant que processus, favorisant la segmentation entre médecins libéraux et médecins stationnaires.

Mots clés : La représentation médicale fragmentée, dynamiques pluralistes, clivages internes, la logique de spécialisation, système des études médicales.

The fragmentation of medical representation in Morocco: Pluralistic dynamics and etiologies of internal divisions

Prof. Abdelhamid Benkhattab

Dr. Badr Amrani

University Mohammed V -Rabat- Morocco.

Abstract : In Morocco, the model for representing medical interests is hybrid. It is characterized by the existence of an institutionalized representation embodied by the order of physicians (monopolistic organization with a corporatist vocation) and a fragmented medical representation (plurality of professional medical corporations). In fact, the objective of our article is to study the causes of the instability of the medical profession through the pluralistic approach of interest groups, while relying on two etiologies of internal divisions. On the one hand, the phenomenon of specialization, as a mechanism generating identity crises between general practitioners and medical specialists, and on the other hand, the system of medical studies, as a process, favoring the segmentation between liberal doctors and public sector doctors.

Keywords : Fragmented medical representation, pluralistic dynamics, internal divisions, the logic of specialization, system of medical studies.

تمثيلية المصالح الطبية المتجزئة بالمغرب: الديناميكيات التعددية ومسببات الانقسامات الداخلية

الدكتور: بدر عمراني

الأستاذ: عبد الحميد بنخطاب

جامعة محمد الخامس، الرباط، المغرب

ملخص: في المغرب، يعتبر نموذج تمثيل المصالح الطبية هجيناً. حيث يتميز بوجود تمثيل مؤسسي جديد تجسده هيئة الأطباء، باعتبارها هيئة احتكارية ذات صبغة مهنية نقابية وتمثيل طبي تعددي يركز بالأساس في تعدد النقابات والجمعيات الطبية المهنية. في الواقع، الهدف من مقالنا هو دراسة أسباب عدم الاستقرار في الجسم الطبي من خلال تطبيق المقاربة التعددية في دراسة مجموعات المصالح، مع الاستناد إلى مسببات الانقسامات الداخلية، من خلال دراسة ظاهرة التخصص كآلية لتوليد أزمات الهوية المهنية بين الممارسين العامين والأطباء المتخصصين، من جهة، ومن جهة أخرى نظام الدراسات الطبية كعامل أساسي للانقسامات بين الأطباء الليبراليين والأطباء العاملين بالقطاع العام.

الكلمات المفتاحية: التمثيلية الطبية المتجزئة، الديناميات التعددية، الانقسامات الداخلية، منطلق التخصص، نظام الدراسات الطبية.

01) Introduction

Le paradigme pluraliste est né sous l'influence de David Truman (David Bicknell Truman, 1951) et développé par Robert Dahl (Robert Dahl 1961). Il est défini comme « Un système de représentation des intérêts dans lequel les groupes constituants sont organisés en un nombre variable de catégories multiples, volontairement constituées, concurrentielles, dépourvues d'organisation hiérarchique. Des catégories qui ne sont pas spécialement autorisées, reconnues, subventionnées, créées ou contrôlées par l'Etat de quelque manière que ce soit dans le choix des dirigeants ou dans l'articulation des intérêts et qui n'exercent pas un monopole de représentation dans leurs catégories respectives»(Phillipe Schmitter, 1974, p 96). En fait, ce système de représentation des intérêts a été largement critiqué et a cédé place aux nouveaux courants théoriques corporatistes et néo-corporatistes (Emiliano Grossman, Sabine Saurugger, 2012, p 74).

En réalité, la segmentation professionnelle est un phénomène qui touche presque toutes les professions sans exception y compris la profession médicale. Ce processus est lié, (dans le cas de la profession médicale), à deux dynamiques homogènes : la spécialisation croissante de l'art médical (Patrice Pinell, 2005, p 4) et la nature du système des études médicales. Autrement dit, les deux logiques favorisent une fragmentation continue de la profession médicale dans la mesure où chaque segment professionnel se légitime par l'affirmation d'une mission particulière et par des actes professionnels propres (Patrick Hassenteufel, 1997, p 120).

02) Problématique centrale

L'homogénéité des groupes professionnels a été contestée par Rue Bucher et Anselm Strauss dans leur article intitulé « Professions in process » (Rue Bucher et Anselm Strauss, 1961, p 325-334). Cette approche critique du concept était le fruit des conclusions tirées des travaux d'Everett C. Hughes (Léonie Hénaut et Frédéric Poulard, 2018). En fait, l'auteur a affirmé, dans ses études, de l'existence d'une différence substantielle entre les membres de la profession médicale en ce qui concerne leurs missions, leurs activités de travail, ainsi que les méthodes qu'ils utilisent ou encore leur rapport avec les patients ((Léonie Hénaut et Frédéric Poulard, 2018). Autrement dit, cette différenciation entre ces professionnels qui partagent les mêmes préoccupations, nous amène à poser la question sur la problématique de la segmentation de la profession médicale au Maroc. Ainsi, pour les auteurs fonctionnalistes, une profession est pour l'essentiel une communauté relativement homogène dont les membres partagent identité, valeurs, définition des rôles et

intérêts(Rue Bucher, Anselm Strauss, 1992, p 68). Cette conception laisse, certes, place pour une certaine diversité et une différenciation, voire même des conflits et des clivages internes. Pourtant, la profession est définie par un noyau central, et les écarts par rapport à celui-ci constituent seulement des ruptures temporaires (Rue Bucher, Anselm Strauss, 1992, p 68).

En fait jusqu'à l'indépendance du Maroc, le processus de fragmentation de la profession médicale était quasi inexistant. L'une des causes principales de cette inexistence est l'absence d'une faculté de médecine et des moyens techniques permettant la mise en œuvre du savoir médical spécialisé. Après 1962 (date d'inauguration de la faculté de médecine de Rabat), les spécialités médicales vont connaître une diffusion importante surtout dans le secteur hospitalier, notamment grâce au rôle prépondérant joué par les derniers médecins étrangers qui ont décidé de séjourner au Maroc après son indépendance. Par conséquent, et tout en se basant sur le paradigme pluraliste dans notre analyse, l'objectif principal de cette contribution est de répondre à notre problématique relative aux étiologies des clivages internes de la profession médicale et leur impact sur la stabilité de la profession. A partir de cette problématique, deux questions secondaires peuvent être soulevées :

- Dans quelle mesure la dynamique de la spécialisation au sein de l'art médical affecte l'instabilité de la profession médicale au Maroc ?
- Y-a-t-il une relation entre le système des études médicales et le phénomène de la fragmentation de la profession médicale ?

03) L'intérêt de la recherche

Etudier en profondeur la question de la fragmentation de la représentation des intérêts professionnels à travers la profession médicale constitue à la fois une étude sur l'instabilité qui touche le corps médical, d'une part, et une réflexion sur les étiologies des clivages internes au sein de la profession médicale. En effet, l'enjeu de notre recherche dépasse largement le cadre stricte de la réflexion purement juridique.

Nous souhaitons que notre travail de recherche soit utile aux chercheurs afin qu'ils y trouvent des données qualitatives et quantitatives leur permettant de mieux appréhender le domaine de la sociologie des groupes d'intérêt dans sa globalité, tout en pouvant s'intéresser à une composante particulière de cet univers, à savoir la représentation des intérêts médicaux. Nous espérons également que nos analyses soient utiles aux professionnels du lobbying, chevronnés ou en devenir.

04) L'approche de la recherche

Au cours de notre analyse de ce phénomène relatif à la représentation des intérêts des médecins au Maroc, nous avons opté d'appliquer une approche plus moderne, plus dynamique, à savoir l'approche pluraliste. En fait, l'originalité de cette approche est qu'elle attribue aux groupes des médecins une fonction d'agrégation et d'articulation des intérêts professionnels, et insiste sur l'hétérogénéité au sein du phénomène étudié. Autrement dit, elle voit la profession médicale comme une entité hétérogène, composée de micro-réseaux qui ont entre eux assez de divergences que de convergences. En d'autres termes, l'approche insiste sur la fragmentation au sein de la profession médicale.

05) Les buts de la recherche

-Déterminer les spécificités de système de représentation des intérêts des médecins au Maroc.

-Mettre en exergue l'influence de la dynamique de la spécialisation sur l'homogénéité de la profession médicale.

-Comprendre comment, par quels moyens, sous quels motifs, le système des études médicales influe sur la stabilité de la profession médicale.

06) Les résultats de la recherche

La fragmentation de la profession médicale est due principalement à deux processus : D'une part, les dynamiques de la spécialisation au sein de l'art médical et d'autre part, au système des études médicales appliqué au Maroc.

I. Dynamiques de la spécialisation et instabilité de la profession médicale

Jusqu'à l'indépendance, le processus de spécialisation en médecine était quasi inexistant. L'une des causes principales de cette inexistence était l'absence d'une faculté de médecine et de moyens techniques permettant la mise en œuvre de ce savoir médical spécialisé. Après 1962, (Date de l'inauguration de la première faculté de médecine à Rabat), les spécialités médicales vont connaître une diffusion importante surtout dans le secteur hospitalier notamment grâce au rôle prépondérant joué par les derniers médecins étrangers qui ont décidé de continuer à exercer au Maroc après son indépendance. Ainsi, pour mieux appréhender la question de la spécialisation dans le champ médical, il serait judicieux d'opter pour la définition qui considère la spécialisation comme « le produit de la

dynamique d'un jeu social complexe qui participe du processus de construction du champ médical»(Patrice Pinell, 2005, p 6).

En effet, cette alliance entre le savoir médical spécialisé et la réorganisation de l'ensemble des institutions médicales ouvre une nouvelle perspective dans l'histoire de la médecine où la tendance à la spécialisation devient un des traits principaux. Si, cette tendance se manifeste sous des formes variées (établissements spécialisés, ouvrages, enseignements, sociétés savantes), son évolution est orientée par la concurrence acharnée au sein du champ médical dont l'enjeu est la reconnaissance de la légitimité de la spécialisation en général et de telle ou telle spécialité en particulier.

En réalité, en terme médical, la médecine spécialisée correspond aux années d'études complémentaires, postérieures à l'acquisition du titre de docteur en médecine générale. La spécialisation vise à permettre au médecin spécialiste d'accomplir une tâche fortement circonscrite et précise. L'exercice spécialisé correspond de ce fait à deux éléments : Un domaine de spécialisation lié à une pathologie déterminée, à partir de laquelle se sont construits le savoir puis l'enseignement de la spécialité donnée et une technologie spécifique, de plus en plus sophistiquée, adaptée à cette pathologie (Patrick Hassenteufel, 1997, p 122).

Il va sans dire que cette dynamique scientifico-téchnologique, a conduit, non seulement, à une détention du savoir médical par l'élite hospitalo-universitaire qui a diffusé un savoir de plus en plus parcellisé répondant à une double logique scientifique et politique, mais, aussi à une

augmentation importante du nombre des médecins spécialistes au sein du secteur de la santé.

Tableau 1 : Évolution des effectifs des médecins généralistes et spécialistes entre 2002 et 2019

Année	Généralistes	Spécialistes	Total
2002	8110	6860	14970
2006	8651	9065	17716
2007	9055	9214	18269
2017	8442	14904	23346
2019	9045	15911	24956

Source : Rapport sur la démographie médicale à l'horizon de 2025.

Cette dynamique de croissance progressive du contingent des spécialistes s'est accompagnée par une autre dynamique, à savoir, la création de micro-corporations médicales visant à promouvoir les différents segments de la profession médicale et à défendre leurs intérêts. Ces institutions spécifiques médicales veillent à la structuration et à l'affirmation collective du segment professionnel et se développent selon la double logique de la segmentation : Celle de l'affirmation d'un savoir expert spécifique et celle de la défense d'intérêts particuliers au segment (Patrick Hassenteufel, 1997, p 123).

Il est nécessaire de préciser que la cadence de la constitution des organisations professionnelles médicales des spécialistes reste la plus élevée par rapport aux autres organisations représentant la profession (Au Maroc, chaque spécialité médicale développe sa propre corporation ce qui a provoqué la naissance d'une pluralité d'organisations dont le nombre exacte reste inconnu vu l'absence d'une enquête fiable sur ce phénomène

raison pour laquelle qu'on se limitera seulement à donner quelques exemples, tels que : Association des gynécologues privés, association marocaine des médecins psychiatres, association marocaine des médecins biologistes, collège marocain des médecins spécialistes du secteur libéral, collège national des médecins du travail, amicale des oncologues.....).

Deux facteurs peuvent être évoqués. La principale est l'existence d'une confrérie scientifique spécialisée qualifiée par la communauté de savoir, car tous les médecins d'une même spécialité ont connu le même cursus universitaire, souvent enseigné par les mêmes patrons, les mêmes enseignants les plus reconnus du segment professionnel, eux-mêmes en principe membres de ces structures (C'est le cas : de La Société Marocaine de Médecine Interne, présidé par Pr. Mohamed Adnaoui (doyen de la faculté de médecine et pharmacie de Rabat) et Pr Abdellatif Berbich, Pr Abdelaziz Maaouni (présidents honoraires). Cette communauté de savoir est un lieu de socialisation favorable à l'adhésion à ce type d'organisations (Patrick Hassenteufel, 1997, p 124), grâce à sa fonction de formation et de publication des revues spécialisées et d'organisation des congrès, des séminaires et des ateliers de formation (On cite à titre d'exemple : Journal de la société marocaine d'ophtalmologie, revue marocaine de rhumatologie, revue marocaine de chirurgie orthopédique et traumatologique...).

Le deuxième facteur est d'ordre financier car ces corporations sont des groupes d'intérêt les plus forts au sein des segments professionnels. Elles ont une influence décisive sur toute question qui touche la rémunération des actes professionnels médicaux. En fait, l'intervention dans le

processus d'élaboration du code de nomenclature (Le code de nomenclature est un code qui détermine la cotation des actes sur la base de laquelle ils sont remboursés par l'assurance maladie), dans toutes ces étapes administratives, réglementaires et législatives, et la rémunération spécifique des actes professionnels sont au centre des revendications de ces organisations. La bataille entre les médecins gynécologues de secteur privé et la CNOPS (caisse nationale des organismes de prévoyance sociale) en 2019, suite à l'intervention de l'organisme dans la décision médicale (les accouchements césariens), illustre parfaitement le poids de ces corporations dans la réglementation du métier.

En effet, ce conflit entre la CNOPS et les gynécologues de secteur privé est survenu suite à la décision unilatérale de la mutuelle de payer toute césarienne non médicalement justifiée sur la base du forfait de l'accouchement par voie basse à partir du 1^{er} Mai (Communiqué de presse de la CNOPS, publié le 17 avril 2019). Directement après la sortie du communiqué de la CNOPS, les gynécologues de secteur privé avaient réagi le 20 avril en annonçant (selon un communiqué intitulé « Tous au Service des Mamans ») qu'ils ne prendraient plus en compte le tiers payant pour les patientes adhérentes à la CNOPS à partir du 1^{er} Mai (Communiqué des médecins gynécologues obstétriciennes de secteur privé, publié le 20/04/2019). Devant cette situation de blocage, la crise, finalement, a été dénouée grâce à l'intervention du ministre de la santé Anass El Doukali, lors d'une réunion de résolution de conflit le 25/04/2019 au siège du ministère de la santé à Rabat. Pour cela, la décision a été prise de continuer de travailler avec les conventions nationales en vigueur, accélérer la publication des protocoles

thérapeutiques afin de contrôler les coûts médicaux du traitement pour l'exercice de la profession médicale en tenant compte des équilibres financiers de la CNOPS.

Dans cette perspective, la gynécologie-obstétrique comme spécialité médicale occupe une place dominante au sein du syndicalisme médical privé, cela s'explique par des raisons économiques car il s'agit d'une discipline à appareillage technique sophistiqué et coûteux rendant d'autant plus importante la question de la rémunération de l'acte de spécialité. L'importance du facteur économique se manifeste également par la place très favorable occupée par les gynécologues dans la hiérarchie des revenus de la profession, traduite par l'augmentation progressive des dépenses des actes des gynécologues pendant ces dernières années (surtout pour la question des accouchements césariennes dont les dépenses, pour la CNOPS, ont passé du 13 Millions de DH en 2006 à 130 Millions de DH pour l'année de 2017) (Communiqué de presse de CNOPS du 17/04/2019 sur les accouchements césariennes).

En général, au-delà de la dynamique de spécialisation de la médecine comme source principale de la segmentation de l'élite médicale, l'unité de la profession médicale reste toujours soumise aux tendances fragmentaires via le système des études médicales.

II. Système des études médicales et crises identitaires professionnelles

Les études médicales au Maroc ont évolué depuis la création de la première faculté de médecine au lendemain de l'indépendance. Ces études ont été l'objet de plusieurs réformes dans le but de les adapter aux besoins

de la société marocaine. Elles se caractérisaient par la longue durée et se distinguaient par leurs aspects théoriques et pratiques. À la fin du cursus, le futur médecin, habilité à réaliser de plus en plus d'actes, reçoit finalement le diplôme de docteur en médecine, à l'issue de la soutenance d'un travail appelé thèse d'exercice. La durée totale des études médicales varie entre 7 ans (médecine générale) à 12 ans (spécialités). En fait, ce système des études favorise les clivages au sein de la profession médicale par le biais de la distinction entre la médecine générale, la médecine spécialisée et la médecine universitaire.

Aujourd'hui, la crise d'identité de la médecine générale est profonde, comme dans d'autres pays (Valérie Dory et al, 2009, p 4-7). Les dynamismes influents, telles que, le mouvement de spécialisation de la médecine, la pluralité des intervenants dans le secteur de santé, l'émergence d'autres groupes d'intérêt, la monopolisation de secteur par les médecins professeurs....ont progressivement dépossédé le médecin généraliste d'un certain nombre de ses missions classiques. Ainsi, l'épanouissement de la spécialisation dans les études médicales marocaines après l'indépendance suite à la création de plusieurs départements au sein de la faculté de médecine de Rabat, a engendré, une tendance vers une valorisation du savoir scientifique et technique hyperspécialisé, et une marginalisation accrue de la médecine générale (Entretien avec Dr Rachid Choukri, Doctinews, décembre 2012).

Cette marginalisation scientifique (une durée d'études ne dépasse pas 7 ans), doublée par une dévalorisation économique et sociale, est la cause principale d'émergence de structures de représentation autonomes des

généralistes, comme on peut le voir à travers l'exemple du syndicat national des médecins généralistes (MG Maroc). Ainsi, la première revendication émise par ce syndicat lors de sa création en 2003, fut celle d'une formation spécialisée pour les généralistes. En fait, pour MG Maroc, la place marginale de la médecine générale au sein du système universitaire et l'anarchie du secteur des généralistes constituent les principaux thèmes fondateurs.

De l'autre côté, la médecine spécialisée, à l'image de notre société, a fortement évolué depuis les années soixante, modelée par les différentes réformes mises en œuvre pour l'adapter aux besoins d'une société qui ne cesse de se développer (Mouhamed Ghoti, 1995, p 90-91). Dans le même sens, on a vu précédemment que le courant de spécialisation qui caractérisait la médecine post coloniale apparaît comme la résultante d'un processus de différenciation des activités médicales des autres activités professionnelles. En fait, si les premiers chefs de services étrangers, recrutés dans le cadre de la coopération au démarrage de la faculté de médecine de Rabat, avaient commencé à structurer certains services et spécialités clefs, c'est aux premières générations d'enseignants marocains que revient le mérite d'avoir mis en place et développé, les différentes spécialités et sous spécialités médico-chirurgicales (Abdeslam El Khamlichi, 2014, p 67).

Cette orientation vers la médecine spécialisée a contribué à l'instauration d'un nouvel ordre qui aujourd'hui pose problème, car la création d'une élite des médecins spécialistes qui rompt avec la médecine générale a engendré directement un éclatement de l'espace professionnel médical par

le développement des savoirs spécialisés approfondis et l'apparition des spécialités officielles, divisant la communauté professionnelle en catégories étanches et hiérarchisées. De plus, cette inégalité entre généralistes et spécialistes est grande, au point de faire vivre aux premiers une forme de souffrance issue d'un sentiment d'infériorité, due principalement à ce que la spécialisation a officialisé une hiérarchie symbolique de la pratique médicale, concrétisée par une tarification spéciale de l'acte, autrement dit, par une différenciation de la valeur marchande des actes médicaux (Arrêté du ministre de la santé N° 1961-06 du 9 rejev 1427 (4/08/2006), portant approbation de la convention nationale conclue entre les organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire, les médecins et les établissements de santé de secteur privé, BO N° 5448 du 22rejev 1427 (17/08/2006), p 1139).

Cette segmentation de la profession médicale ne semble pas seulement s'expliquer par le clivage interprofession, autrement dit, entre médecins spécialistes (eux-mêmes sous-segmentés en différentes catégories hétérogènes) et médecins généralistes, mais aussi par le clivage entre médecins hospitaliers universitaires et médecins libéraux. Ainsi, le clivage entre médecine hospitalière et libérale n'a cessé de s'accroître depuis la fonctionnarisation, entre ceux qui privilégient une profession autonome au sens libéral et ceux qui préfèrent une fonctionnarisation de la profession. Il s'ensuit que le clivage entre le libéral et l'hospitalier est greffé souvent par une disparité au sein du mode de rémunération : dans le secteur libéral prévaut le paiement à l'acte (Anne-Laure Samson, 2009, p 152), tandis que dans le secteur hospitalier les médecins sont en général fonctionnaires ou salariés. Pourtant, ce clivage n'est pas aussi net qu'il y

paraît, du fait de la présence d'un certain nombre des médecins exerçant dans les deux secteurs (Dans le cadre du temps plein aménagé).

III) Conclusion

La profession médicale fonde son statut professionnel sur la reconnaissance sociale de son travail et sur l'identité de ses professionnels. Si, cette profession a pu acquérir le monopole via ses associations professionnelles et le soutien de l'État, la fragmentation semble toucher de temps en temps la stabilité de cette profession. Pour cela, il paraît que la représentation professionnelle médicale semble vivre une crise au sein de son modèle de fonctionnement. Nombre de médecins, fonctionnaires comme libéraux, ne reconnaissent plus leur profession. Certes, le problème n'est pas nouveau, mais il semble que cette représentation professionnelle soit désormais entrée dans la phase critique de son affection. Au cœur de cette situation de crise, l'identité et les conflits d'ordre économique sont particulièrement pointés du doigt comme des foyers de cristallisation des disparités socioprofessionnelles.

Bibliographie

- 1) Abdeslam El Khamlichi. (2014), CHU en détresse, formation médicale en danger, la Croisée des chemins.
- 2) Anne-Laure Samson. (2009), Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ?, Regards croisés sur l'économie, V 1 (5).
- 3) Arrêté du ministre de la santé N° 1961-06 du 9 regeb 1427 (4/08/2006), portant approbation de la convention nationale conclue entre les organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire, les

médecins et les établissements de santé de secteur privé, bulletin officiel N° 5448 du 22reheb 1427 (17/08/2006), p 1139.

4) Chekib Zedini et al. (2004), La médecine générale perçue par les étudiants de la faculté de médecine de Sousse (Tunisie), The Pan African Medical Journal. Consulté sur : <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/19/250/full>.

5) Communiqué de presse de CNOPS du 17/04/2019 sur les accouchements césariennes.

6) Communiqué des médecins gynécologues obstétriciennes de secteur privé, publié le 20/04/2019.

7) David Truman. (1951), The process governmental : Political interests and public opinion, New York, Knopf.

8) Entretien avec Dr Rachid Choukri (2012), Doctinews, N° 50.

9) Léonie Hénaut, Frédéric Poulard. (2018), Faire groupe au sein d'un groupe : la structuration des segments professionnels, le cas des conservateurs de musées en France, Sociologie,dossier : Identité au travail, identités professionnelle. Consulté sur <https://journals.openedition.org/sociologies/87982018>, le 12/09/2021 à 15H17.

10) Ministère de la santé. (2009), rapport sur la démographie médicale à l'horizon de 2025.

11) Mouhamed Ghoti. (1995), Histoire de la médecine au Maroc le 20^{ème} siècle (1896,1994),Imprimerie Idéale, Casablanca.

12) Patrice Pinell. (2005), Champ médical et processus de spécialisation, Actes de la recherche en sciences sociales, N° 156-157, Seuil.

- 13) Patrick Hassenteufel. (1997), Les médecins face à l'Etat, une comparaison européenne, Presses de Sciences Po.
- 14) Phillippe Schmitter. (1974), Still the century of corporatism, review of politics, Vol 36, N° (1).
- 15) Robert Dhal. (1961), Who govern's, Democracy and power in American city, New haven, Yale university press.
- 16) Rue Bucher, Anselm Strauss. (1961), Professions in Process, American Journal of Sociology, Volume 66, N°4, p 325-334.
- 17) Rue Bucher, Anselm Strauss. (1992), La dynamique des professions, traduit par Jean Michel chapoulie », In Isabelle Baszanger (sous dir), La Trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme, (Anselm. L Strauss), Éditions L'Harmattan, Paris, p 67-86.
- 18) Valérie Dory et al. (2009), La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes, la revue française de médecine générale, V 20 (85).