



HAL
open science

Créer des liens : les relations soignants-soignés dans les réseaux de soins informels

Aline Sarradon, Anne Vega, Murielle Faure, Anne Humbert-Gaudart,
Matthieu Lustman

► To cite this version:

Aline Sarradon, Anne Vega, Murielle Faure, Anne Humbert-Gaudart, Matthieu Lustman. Créer des liens : les relations soignants-soignés dans les réseaux de soins informels. *Epidemiology and Public Health = Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2008, 56S, pp.S197-S206. hal-00466817

HAL Id: hal-00466817

<https://hal.science/hal-00466817>

Submitted on 24 Mar 2010

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Article paru dans *Revue d'Épidémiologie de Santé Publique*, 2008, 56S : S197-S206

CREER DES LIENS : LES RELATIONS SOIGNANTS-SOIGNANTS DANS LES RESEAUX DE SOINS INFORMELS

Linking : relationships between health professionals in the informal health networks

A. SARRADON-ECK*, A. VEGA**, M. FAURE*, A. HUMBERT-GAUDART*, M. LUSTMAN**,

* Centre de Recherche Cultures, Santé, Sociétés (CReCSS), Université Paul Cézanne, Aix-Marseille III

** Centre de recherche sur les liens sociaux (CERLIS), Paris Descartes

Résumé

Position du problème : Dans le contexte de développement de réseaux de santé institutionnalisés, il nous a semblé utile d'étudier les réseaux de soins informels en tant que réseaux d'acteurs sociaux, et plus précisément la nature des relations qui unissent les différents acteurs du secteur libéral des soins autour des médecins généralistes communément admis comme les acteurs « pivots » du système.

Méthodes : Enquête de terrain (ethnographie fondée sur l'observation directe et l'entretien) s'est déroulée d'octobre 2002 à avril 2004, en région PACA. Dix monographies de cabinets de médecine générale ont été réalisées en zone rurale et semi-rurale, suivies d'une étude de terrain auprès des réseaux de soins informels identifiés.

Résultats : Il existe un cadre culturel commun à tous les professionnels libéraux constitué d'un triple idéal (le travail en équipe construit sur le modèle hospitalier, l'autonomie professionnelle, et les approches relationnelles avec les patients) qui ne correspond pas aux pratiques de terrain. En effet, des mécanismes de régulation maintiennent l'équilibre des interrelations entre les groupes en limitant/favorisant les échanges et les stratégies d'alliance complexes: 1) règles de la disponibilité (à l'égard des patients ou entre professionnels), de l'obligation d'échange d'informations sur le patient, du retour du patient, de l'obligation de communiquer ; 2) des contraintes plurielles (superpositions de territoires professionnels, concurrence); 3) des besoins réciproques de décharge (émotions liées à l'activité professionnelle), de partage (décisions, responsabilités), de délégation (d'actes, de clientèles), de se prémunir contre le risque social et juridique en créant des relations de confiance. Ces relations de confiance reposent elles-mêmes sur des logiques plurielles (affinitaire, de solidarité, de la similitude). L'étude montre en outre la place et le rôle majeur du patient, souvent mésestimés. Or, le patient est parfois le principal organisateur des réseaux, il effectue un travail important d'articulation entre les soignants et de transfert de l'information (sur son diagnostic ou son traitement, et *sur* les professionnels).

Conclusion : L'étude montre qu'aucun professionnel n'a de vision transversale de la prise en charge du malade du fait de la méconnaissance du travail de l'autre, des cloisonnements symboliques entre groupes professionnels, et des difficultés rencontrées (charges de travail en particulier).

Mots clefs : Médecins généralistes. Médecins spécialistes. Réseau de soin informel. Identité professionnelle. Territoires professionnels. Coordination. Relation de confiance. Anthropologie médicale. Ethnographie.

Abstract

Background: During the last years, the French health system has been developing formal health networks. So, it was necessary to study informal health networks as « social actors » networks. More precisely, we studied the nature of relationships between various stakeholders around general practitioners which are commonly considering as the « pivot » stakeholder of the health system private sector,

Methods: Fieldwork (ethnography based on direct observations and interviews) was conducted between October 2002 and April 2004, in the South-East of France. Ten monographs of general practitioner's offices were achieved in a rural area; then, we achieved fieldwork of the informal health networks identified.

Result : There is a cultural frame which is common to all private professionals. This frame includes a triple ideal (teamwork built up the hospital model, independence, and an relational approach with patients). This frame does not square with the real practices. In fact, regulation mechanisms preserve the balance of relationships between professional groups, by restricting/promoting exchanges and complex alliance strategies. These mechanisms include: 1) a few professional's rule as availability (to the patients and to the professionals), as communication about patient, as patient's reference, as obligation to communicate between professionals; 2) some constraints such as territory superposition and competition with other professional groups; 3) some needs: to relieve (of emotions and worries connected to work), to share (decisions, responsibilities), to delegate (medical treatment, practices), to protect against social and legal risk through the creation of trust relationships. These trust relationships are based on several logics (affinity, solidarity, similarity). The study shows the major place of the patient who is often the main organizer of his/her network, and even though he/her makes an important structuring work between medical staff, and an information transfer (on his diagnosis, on his treatment, and on professionals). The patient's role of « coordination » is underestimated.

Conclusion: The results shows that in studied informal networks, professionals have not a transversal view of the patient's care management. This is due to the lack of knowledge of each health agent about the work of others, to the symbolic compartmentalization between professional groups, and because the difficulties encountered (i.e. burden work).

Key words : General practitioners. Specialist. Informal health network. Professional territory. Coordination. Trust relationship. Medical anthropology. Ethnography.

I- Introduction

Depuis les Ordonnances du 24 avril 1996, les professionnels de santé sont encouragés à constituer des réseaux de santé afin « d'assurer une meilleure organisation du système de santé et améliorer l'orientation du patient ». Les réseaux de santé sont présentés et pensés comme de « nouveaux modes d'organisation » et de « nouvelles pratiques de coopération » [1]. Leur développement répond à trois nouveaux types de d'exigences sociétales apparues dans les deux dernières décennies du vingtième siècle : celles des usagers (prise en charge coordonnée, globale, humanisée et concertée de leur problème de santé), des professionnels de santé (formation, communication interprofessionnelle et avec des bases de données), et celles des financeurs du système de soins (utilisation des dépenses de santé) [2]. La loi du 4

mars 2002 a renforcé le processus de formalisation des réseaux de santé¹. Outre leurs objectifs en matière de coordination et de maîtrise des dépenses de santé, ces nouvelles formes d'organisation ont pour objectifs de favoriser l'émergence de nouvelles références en matière de soins (protocoles) mais aussi de droits et de devoirs des professionnels et des patients. Ces évolutions devraient permettre l'adaptation nécessaire aux changements épidémiologiques actuels (chronicisation, développement des maladies dégénératives, vieillissement de la population) et à la crise des systèmes de santé [4]. Pourtant, le succès des réseaux de santé auprès des professionnels est mitigé : ils n'ont pas transformé l'offre de soins, ni suscité une adhésion de masse [5]. De plus, ils sont souvent considérés par les professionnels comme un simple prolongement de leur activité professionnelle et non comme une nouvelle organisation du travail [6].

Dans ce contexte, il nous a semblé utile d'étudier les formes « traditionnelles » de coopération professionnelle appelées « réseaux de correspondants » ou « réseaux non formalisés » (ou informels) - constitués de médecins généralistes et spécialistes, de paramédicaux, de biologistes et pharmaciens d'officine, de professionnels du secteur médico-social -, sur lesquelles reposent encore l'essentiel de l'activité médicale en France [1] et qui ont été peu étudiées du point de vue des médecins généralistes. Selon une approche anthropologique, nous avons donc choisi d'étudier ces réseaux de soins informels à travers le prisme de leurs pratiques quotidiennes. À partir de l'observation du travail des généralistes, il s'agissait de faire un premier état des lieux des coopérations professionnelles, et en particulier de décrire et comprendre les logiques sociales et les différents modes de relations interprofessionnelles².

Dans ce texte, il ne s'agira pas de présenter l'ensemble de nos résultats. Après avoir décrit brièvement la méthodologie de l'étude, nous analyserons le cadre socio-culturel des interactions interprofessionnelles, ainsi que la nature des relations qui unissent entre eux les différents acteurs.

II- Méthodologie

Nous avons appréhendé les relations professionnelles comme des relations sociales complexes formant un système culturel en considérant les réseaux de soins informels en tant que réseaux d'acteurs sociaux en relation sous la forme de liens, de transactions, de contrôles et générant des ressources mobilisables selon les contextes, les besoins et les stratégies des acteurs [8].

La démarche anthropologique mise en oeuvre dans cette enquête a reposé sur une enquête ethnographique (observations et entretiens) réalisée d'octobre 2002 à avril 2004, en région PACA. Dans un premier temps, nous avons réalisé 10 monographies de cabinets de médecine générale, en observant les médecins dans leur exercice quotidien et ordinaire : temps des soins (consultations, visites à domicile³), mais aussi les temps « hors soins » (lecture du courrier, appels téléphoniques, trajets, temps de pause, réunions, formations). L'observation a été prolongée (de 5 jours à deux semaines) afin de décliner l'activité du généraliste dans sa diversité et d'étudier le travail quotidien du médecin, ses représentations

¹ Pour une histoire des réseaux de santé, nous renvoyons à Robelet et al [3]

² Nous n'avons pas cherché ni à systématiser les conduites sociales, ni à analyser l'efficacité sur la qualité des soins des interactions étudiées- comme d'autres études l'ont fait auparavant [7], ou encore à avoir une démarche d'évaluation des pratiques.

³ L'accord des patients a toujours été demandé avant l'observation des soins les concernant. L'anonymat et le secret professionnel ont été respectés. Les chercheurs ont veillé à ne pas perturber les soins.

de son rôle, ses interactions avec les autres acteurs (soignants⁴, patients, famille des patients), les dialogues soignants-soignés. Des entretiens ont été conduits avec ces médecins permettant d'avoir accès à des informations complémentaires comme leur parcours professionnel, leurs motivations et trajectoires personnelles, leur conception de leur rôle et de la coopération, leurs représentations de la profession médicale. Le groupe des médecins étudiés – qui n'ambitionnait pas d'être représentatif - a été constitué⁵ en visant une certaine homogénéité des pratiques : pas de mode d'exercice particulier ; exercice rural ou semi-rural (en raison de l'absence de médecins spécialistes libéraux dans les villages concernés devant favoriser, selon nos présupposés, le rôle de premier recours du généraliste, sa place de « pivot » du système de soin, et limiter les relations de concurrence entre généralistes et spécialistes déjà décrites [9, 10]). À l'intérieur de cette relative homogénéité, nous avons recherché une diversité des situations en fonction du genre (3 femmes, 7 hommes), de l'âge (32 à 47 ans), du mode d'exercice (seul ou en groupe, présence ou absence de secrétariat). Pour des raisons d'accès au terrain de l'enquête, que nous développons ailleurs [11], il ne nous a pas été possible de rencontrer des médecins plus âgés dont les pratiques en termes de collaborations professionnelles peuvent être différentes de leurs cadets.

À partir de l'observation des pratiques et des entretiens avec les généralistes, nous avons établi une cartographie de leurs réseaux de soins. Ainsi, dans un second temps et avec la même approche que celle mise en oeuvre pour les généralistes, nous avons conduit une étude de terrain (observations et entretiens) auprès des différents professionnels médicaux et paramédicaux désignés comme des « correspondants » par les généralistes, mais aussi auprès de professionnels qui nous sont apparus être des partenaires importants lors de l'observation de l'activité des omnipraticiens : médecins spécialistes⁶ (34), médecins non prescripteurs⁷ (4), infirmières (15), kinésithérapeutes (7), secrétaires médicales (5), pharmaciens-biologistes (2), pharmaciens d'officine (2).

Les données recueillies au cours de cette enquête sont des descriptions ethnographiques des lieux de soins et des lieux d'attentes, des discours (dialogues médecins patients soit 619 consultations observées, 148 visites à domicile observées, les interviews enregistrées et les discussions informelles avec les professionnels, les interactions verbales et/ou écrites entre soignants). L'exploitation des données recueillies s'est appuyée sur une démarche inductive, en privilégiant la description réelle des pratiques et des échanges. Une analyse verticale et transversale des données (description ethnographique et paroles des enquêtés) a été effectuée par l'ensemble des chercheurs participant à l'étude.

⁴ Par « soignant », nous entendons tout professionnel participant à la prise en charge du malade (diagnostic, geste technique, soins), et non le sens restrictif (paramédical) qui lui est parfois donné.

⁵ Le recrutement des médecins participant à l'étude s'est fait par moitié par tirage au sort (envoi d'un courrier à 100 généralistes tirés au sort, relance téléphonique, 5 réponses positives), et pour l'autre moitié, par la mobilisation de notre réseau personnel.

⁶ Les médecins spécialistes étudiés sont libéraux ou hospitaliers. Parmi les spécialités rencontrées, on compte : 2 médecins urgentistes, 2 neurologues, 4 gastro-entérologues, 2 gynécologues-obstétriciens, 3 rhumatologues, 2 urologues, 2 radiologues, 4 pneumologues, 2 cardiologues, 1 endocrinologue, 2 psychiatres, 2 ORL, 1 ophtalmologue, 1 chirurgien orthopédique, 1 chirurgien digestif, 1 dermatologue, 1 pédiatre, 1 angiologue.

⁷ Il s'agit d'un médecin du travail, de deux médecins-conseil de la caisse départementale d'assurance maladie, d'un médecin-conseil de la COTOREP.

III - Résultats

1 - Des valeurs et des idéaux communs à l'ensemble des professionnels de santé

Des travaux en sociologie et en anthropologie ont montré que la socialisation des médecins et paramédicaux durant leurs études, leurs stages hospitaliers et les premières années de leur exercice professionnel est un processus d'incorporation des valeurs, des attitudes, des modèles de comportements correspondants à leurs rôles sociaux [12-17]. Notre étude montre qu'au moins trois idéaux participent à la construction des identités professionnelles, influencent les trajectoires individuelles et la coordination professionnelle.

- Un idéal de travail en équipe construit sur le modèle hospitalier.

Pour les professionnels libéraux interviewés, cette institution reste le pôle du savoir et de la scientificité, le lieu des émulations intellectuelles entre experts, du partage des décisions et des responsabilités. Ce modèle est aussi partagé par les médecins salariés [18].

- Un idéal d'autonomie

Un idéal d'autonomie allant de pair avec une valorisation de toutes les figures de l'autonomie professionnelle et plus particulièrement : l'indépendance d'un groupe par rapport à l'autre ; la responsabilité individuelle dans le travail ; le refus de certaines contraintes rapportées au travail en institution (standardisation des actes, « réunionite ») et à son organisation pyramidale génératrice de conflits et de dépendance (abus de pouvoir, subordination, antagonismes); le refus de certaines règles établies par les instances dirigeantes (recommandations opposables, contrôle de l'activité); le libre choix de ses partenaires professionnels ; la maîtrise de son exercice et de la décision de soins.

- Un idéal relationnel

Un idéal relationnel largement partagé par les acteurs libéraux des soins interviewés, qui revendiquent une proximité privilégiée avec les patients par opposition à une médecine hospitalière hyperspécialisée et anonyme [19]. Cette idéologie leur permet de se différencier positivement sur le registre de la plus grande humanité en mettant en avant leur connaissance approfondie du patient, l'aspect « global » de la prise en charge, et la qualité de la relation humaine avec le patient.

Ce cadre idéologique général n'écarte pas la diversité des pratiques et les écueils de la coordination que nous avons décrits dans d'autres publications [20, 21]. Il s'agit dans ce texte de pointer la complexité de la mise en application de ces idéaux pouvant générer des comportements ambivalents et des tensions parmi les professionnels. Ainsi, sur le terrain, en dépit d'une aspiration à travailler en équipe, nous avons observé chez les généralistes enquêtés une tendance à l'appropriation du malade et de son histoire clinique. La plupart des praticiens, en revendiquant un savoir spécifique sur le patient (sa biographie, son environnement social et physique, son dossier médical) comme une particularité de la pratique généraliste, se positionnent comme des « pivots » du système de santé, seuls décideurs du parcours de soin patient. Outre l'influence des discours des syndicats et des décideurs⁸, outre

⁸ Rappelons que cette étude a été réalisée de 2002 à 2004, après la mise en place du « médecin référent », mais avant la réforme de l'assurance maladie d'août 2004 instaurant le médecin traitant et le parcours de soin coordonné.

les logiques de compétitions pour la captation de clientèle⁹, cette appropriation du malade est accentuée par la culture du « colloque singulier », et par un ethos du « faire face » (également présent chez les infirmières et les kinésithérapeutes) : le « bon professionnel » se doit de « *se débrouiller seul* ». De plus, chez les généralistes, l'individualisation des pratiques domine. En effet, chaque praticien tend à travailler à sa manière, signalant fréquemment à l'ethnologue sa singularité par rapport à ses confrères¹⁰. Ceci rend parfois les communications difficiles avec d'autres acteurs, voire accentue les isolements (« *Les médecins, on est censé tout savoir, donc on évite de demander trop de choses, des avis* », généraliste). Enfin, alors que les généralistes valorisent l'approche « globale », et bien qu'ils s'inscrivent dans le modèle traditionnel de la « disponibilité permanente » à l'égard des patients [23], les observations montrent leurs difficultés¹¹ à accompagner certaines clientèles comme les personnes âgées en perte d'autonomie ou les personnes souffrant de polypathologies, nécessitant pourtant une coordination renforcée. D'où une tendance observée à se reposer sur les paramédicaux ou les aidants (professionnels ou non) pour ces prises en charge complexes par des délégations de soins et de coordination (surveillances clinique et biologique, soutien psychologique, aménagement de l'environnement du malade). Cependant, une partie de la coordination des soins est assurée par le patient ou par sa famille : articulation du travail de chaque intervenant, demande d'avis spécialisé, transfert de l'information. Nous avons observé que, très souvent, le patient (ou sa famille) est le seul vecteur de l'information entre professionnels sur son diagnostic ou son traitement, lorsque le professionnel n'a pas reçu de lettre du correspondant ou du prescripteur, ce qui souligne les écueils de la chaîne de transmission de l'information.

En effet, nos observations montrent des difficultés de communications entre les généralistes et les médecins hospitaliers, entre les généralistes et les infirmières, entre les pharmaciens et les médecins, du fait de l'organisation du travail de chacun¹². Elles sont aggravées par l'existence de barrières hiérarchiques symboliques¹³ (« *on n'ose pas toujours appeler les spécialistes hospitaliers* », généraliste ; « *franchement, je me vois mal dire ce que je pense vraiment à certains médecins, donner des avis. Bon, c'est vrai qu'avec les plus jeunes on peut davantage parler* », infirmière). Enfin, les charges de travail (imposées ou que le professionnel s'impose) limitent, selon les professionnels, le temps imparti aux interactions professionnelles décrites par eux comme « *chronophages* ». Néanmoins, la variable « temps » ne doit pas seulement être envisagée sous l'angle de la charge de travail, mais également en tenant compte de la valeur symbolique accordée à certaines tâches. Ainsi, les activités qui ne sont pas considérées comme « soignantes », en particulier le travail administratif et les temps de concertations avec les autres acteurs, sont dévalorisées par tous les professionnels de santé.

Dès lors, comme en milieu hospitalier [24], nous avons observé une tendance à la succession fractionnée de dispenses de soins au chevet des patients, et, en l'absence de temps

⁹ Liées à des dépendances économiques déjà soulignées par les travaux des sociologues (en particulier ceux de Friedson [22] et à de nombreux territoires communs sur lesquels nous reviendrons.

¹⁰ Ce qu'exprime beaucoup plus crûment ce généraliste : « *les médecins sont des gros individualistes, mythomanes, qui ne supportent pas, souvent, de partager avec quelqu'un d'autre : tant sur le plan financier, que diagnostic, que sur la façon de travailler. Moi j'en vois plein, quand ils ne sont pas associés et que tu leur dis : mais pourquoi tu ne t'associes pas (...) après quand tu discutes tu te rends compte qu'ils font des trucs bien précis, et qui sont pas acceptables par quelqu'un d'autre.* »

¹¹ Ces difficultés se traduisent par des conduites d'évitement (retards répétés, temps écourté au chevet du patient), et par l'expression de sentiments de lassitude ou d'inutilité professionnelle.

¹² Difficultés à joindre les hospitaliers lorsqu'ils sont dans les chambres des malades ou en réunion, difficultés à joindre les infirmières lors de leur tournée, hésitations à « déranger » les médecins dans leurs consultations, etc.

¹³ L'existence de barrières hiérarchiques symboliques entre médecine de ville et médecine hospitalière [18], et entre spécialités « dominées » ou « dominantes » [25] se sont accentuées depuis la réforme des études médicales de 1982 [26].

et de lieux d'échanges communs, très peu de réflexions partagées au sein des réseaux informels de soins sur le vécu des patients et leur vie quotidienne. Cependant, ce sont principalement l'absence de visibilité de l'intervention des autres professionnels auprès du patient, et la connaissance parcellaire, voire la méconnaissance, de leur travail qui semblent expliquer ce constat.

2 - Des interrelations sous contrôle

Les matériaux empiriques révèlent que les réseaux informels de soins - analysés dans cette étude en tant que réseaux d'acteurs sociaux - se construisent et se maintiennent en équilibre grâce à un ensemble de règles, de normes, de contraintes et d'attentes réciproques qui soit limitent les échanges, soit favorisent des stratégies d'alliance entre certains professionnels. Ces mécanismes de régulation, analysés plus précisément dans le groupe des généralistes, sont communs à l'ensemble des catégories professionnelles étudiées.

2.1- La construction des réseaux informels

La construction des réseaux informels du généraliste est un processus dynamique, évoluant dans le temps selon les besoins et les réponses des professionnels. Selon nos informateurs, différentes manières de se constituer un réseau de correspondants se conjuguent : hasards de l'annuaire téléphonique, informations (techniques, disponibilité, accueil du patient, personnalité du correspondant) transmises par les visiteurs médicaux ou les pharmaciens, liens tissés au cours des études, rituel de présentation¹⁴, rencontres lors d'enseignements post-universitaires locaux (EPU)¹⁵, congrès, carnet d'adresse d'un collègue ou de son prédécesseur ou de son associé, besoins spécifiques de la clientèle, proximité géographique qui s'impose souvent dans les zones rurales étudiées, recherche d'une excellence dans un domaine précis.

À ces techniques de construction du réseau décrites explicitement par les acteurs, s'ajoute le patient lui-même, dont le rôle est trop souvent mésestimé dans l'organisation des réseaux informels, alors qu'il en est parfois le principal organisateur en choisissant, voire imposant les soignants avec lesquels il veut poursuivre les soins, parfois même à l'insu du médecin traitant¹⁶ comme nous l'ont affirmé plusieurs spécialistes. De plus, comme l'a noté P. Castel [27] dans le champ de la cancérologie, le patient est aussi une source importante d'information *sur* les professionnels dont les généralistes se servent pour construire leur réseau de correspondants. En effet, les généralistes sont très attentifs à l'opinion des patients à l'égard des spécialistes (écoute, gentillesse, sympathie, sérieux, ponctualité, clarté des explications données, etc.). Ils utilisent ces avis pour évaluer les compétences (techniques et relationnelles) de leurs collaborateurs. Cependant, si les patients effectuent –volontairement ou malgré eux- un rôle important de coordination, ils attendent néanmoins des professionnels

¹⁴ Il consiste, pour le nouvel arrivant (principalement les médecins spécialistes), à se présenter aux professionnels de santé de son secteur. Perçu comme une tradition issue de la tradition médicale libérale, il serait moins pratiqué aujourd'hui car peu efficace en termes de recrutements de correspondants, et vécu comme une épreuve de « bizutage » pendant laquelle rien n'est épargné au nouvel arrivant : attentes prolongées dans les salles d'attente « *au milieu des patients* », accueil distant ou franchement hostile, humiliation de se sentir un « *vendeur d'aspirateur* », épuisement.

¹⁵ Les EPU sont un moyen privilégié pour les spécialistes (libéraux et hospitaliers) pour se constituer un réseau de correspondants. Ils les multiplient en début d'exercice, et elles se raréfient au fur et à mesure de l'avancement de leur carrière, confirmant leur rôle implicite mais essentiel d'espace de rencontres.

¹⁶ Ce « réseau du patient » devient plus visible pour les généralistes depuis le dispositif du « médecin traitant », imposant au malade de consulter son médecin traitant avant de prendre un avis spécialisé (données recueillies postérieurement à l'enquête auprès des généralistes enquêtés).

qu'ils communiquent entre eux et échangent sur leur cas comme une garantie de « bons » soins.

2.2 - Des règles et des normes

Dans un milieu professionnel où les cadences de travail sont soutenues, la disponibilité apparaît comme une valeur cardinale pour les généralistes. En effet, dans nos observations et les discours des médecins enquêtés, les références aux professionnels « débordés », « surbookés », aux temps d'attente importants pour obtenir un avis spécialisé ou un examen complémentaire, sont nombreuses. Dès lors, le « bon » partenaire décrit par les enquêtés est celui qui respecte la règle de la disponibilité à l'égard du patient qui lui est adressé, mais aussi à l'égard de ses correspondants (répondre au téléphone, appeler, prendre le temps d'écrire et de rencontrer les autres acteurs). La seconde règle est celle de l'obligation d'échange d'informations sur le patient et la règle du retour du patient (inscrite dans le Code de déontologie, articles 57 à 64). Les généralistes sont particulièrement attachés à ce principe de réciprocité parce qu'il leur permet d'affirmer leur identité professionnelle. En effet, la rétention d'information ou la captation de clientèle par les spécialistes les renvoie à une fonction de *gate-keeper* peu valorisée par la profession¹⁷ (« on en revient à être un médecin de garde »).

Enfin, l'obligation de communiquer (informations, avis, résultats, suivi du patient), est une règle qui n'est pas respectée, selon les généralistes enquêtés, par certaines spécialités (pédiatrie, gynécologie, ophtalmologie et surtout psychiatrie¹⁸) donnant alors aux généralistes le sentiment d'être exclus de la prise en charge du patient et remet en cause leur aspiration à être le pivot du système de santé.

2.3 - Des contraintes plurielles

Avec l'accentuation de la division du travail dans le champ de la santé [19], de nombreux territoires professionnels sont communs aux différents groupes. Nous avons observé que les acteurs délimitent eux-mêmes leur territoire en fonction de leurs intérêts intellectuels, de leur expérience professionnelle, mais aussi des carences de l'offre locale de soins. Il en résulte des superpositions de territoires professionnels pouvant entraîner des interfaces conflictuelles :

- dans le domaine des compétences entre les généralistes et les spécialistes (tels les pédiatres ou les gynécologues médicaux), ou entre certaines spécialités;
- dans le champ des missions revendiquées comme celle de prendre en charge le malade dans sa globalité (entre généralistes et infirmières principalement, mais aussi avec les spécialistes lorsque ceux-ci veulent s'occuper des mesures d'accompagnement social ou de maintien à domicile);
- dans le champ du savoir, *i.e.* qui détient le savoir médical, peut poser un diagnostic et décider des soins (entre généralistes et médecins du travail, entre généralistes et kinésithérapeutes).

Les généralistes sont plus exposés à ces conflits territoriaux en raison de l'absence de territoire déterminé et spécifique à la médecine générale [9, 29]. Contrairement à ce qui a été observé aux USA [10], ces compétitions territoriales ne semblent pas dépendre de la

¹⁷ Les tabloïds médicaux ont abondé de courriers de généralistes au moment de la contestation de la réforme de l'assurance maladie (2004 et 2005) dénonçant la fonction de *gate-keeper* qu'ils assimilaient à un rôle de « distributeur de bon d'accès aux spécialistes et en recopieurs d'ordonnances ».

¹⁸ Nos données empiriques rejoignent les conclusions de l'étude de Cohidon et al [28] montrant que les généralistes ont une image négative du secteur psychiatrique perçu comme un monde complexe dont ils se sentent exclus dès qu'ils orientent un patient en raison de leur difficultés à communiquer avec les psychiatres.

génération à laquelle appartiennent les professionnels. En effet, tout en considérant les limites de notre « échantillon », elles ont été observées également chez les plus jeunes enquêtés.

Les professionnels sont engagés dans une négociation quotidienne de territoire qu'ils doivent redéfinir et délimiter, préserver et, pour certains, en conquérir de nouveaux en se sous spécialisant¹⁹. Nous avons observé, à l'instar des autres chercheurs travaillant sur cette thématique [3, 30-31], que les spécialisations informelles répondent à des stratégies individuelles (mode de vie, intérêt personnel ou intellectuel), ou à des stratégies professionnelles de sélection des clientèles. Elles sont aussi, comme l'a démontré F. Bouchayer [31] une voie de réenchâtement professionnel.

La concurrence, réelle ou perçue, entre certains groupes s'exprime par des craintes de captation de la clientèle. Les discours de toutes les catégories de professionnels sur le clientélisme et la concurrence sont extrêmement nourris : dénigrement ; dénonciation de pratiques commerciales (« combines » et « pompes à fric »), de dichotomie, de rapport de dépendance économique et de gratification²⁰. Ils traduisent le malaise face à une ambivalence entre d'une part une logique professionnelle libérale qui favorise le développement des clientèles avec comme corollaire un enrichissement personnel et, d'autre part, une « éthique de la modération » [32] culturellement (et professionnellement) construite [33].

De la concurrence et des conflits de territoires résultent des stratégies d'alliance puisqu'il s'agit bien d'échanger²¹, voire de se répartir, des patients et des informations sur les patients. Avec le « patient comme moyen d'échange » [27] apparaît une logique de « don contre-don » essentielle à l'équilibre des relations sociales [34], et structurante de la dynamique des interactions entre professionnels libéraux (mais aussi hospitaliers, voir [18]).

2.4 - Un jeu d'attentes et de besoins réciproques

Les matériaux ethnographiques relèvent, parmi les acteurs des réseaux, des aspirations à s'affranchir des hiérarchies pyramidales déjà soulignées, ainsi que des rapports de « subordination » tels ceux existant entre les professions « prescrites » (infirmières, kinésithérapeutes) et les généralistes, comme l'exprime ce kinésithérapeute : « *qu'il n'y ait plus d'assujettissement aux médecins, que ce soit quantitatif ou qualitatif, c'est à dire que les gens qui ont un problème d'ordre orthopédique ou qui est en rapport avec la kinésithérapie, puissent venir nous voir directement, et qu'on puisse les soigner sans qu'ils soient passés par le médecin* ». L'enquête souligne également que les réseaux informels répondent à des besoins réciproques. Certains sont explicités par les soignants : engager des soins adaptés au patient, agir au moment nécessaire, apporter un certain confort intellectuel au soignant (aide à la décision), suppléer aux insuffisances du système en le contournant dans l'intérêt du patient (par exemple, pour obtenir une hospitalisation ou raccourcir un délai de rendez-vous).

Cependant, nos matériaux empiriques montrent que les relations interprofessionnelles répondent aussi à d'autres besoins essentiels (bien qu'implicites) des soignants :

- Décharge des émotions et des angoisses liées à l'activité professionnelle : les généralistes et les paramédicaux ont insisté sur la possibilité de « parler » avec le correspondant et de pouvoir le joindre quand ils en ont besoin, comme un facteur favorisant le choix d'un partenaire et stabilisant la relation interprofessionnelle. La communication orale, préférée par les acteurs, est

¹⁹ Pour les généralistes, se sera, par exemple, une orientation des pratiques vers la pédiatrie, la gynécologie, la psychothérapie.

²⁰ Tels les cadeaux de fin d'année que les spécialistes, biologistes et pharmaciens offrent à leurs correspondants.

²¹ Le vocabulaire utilisé par les médecins concernant les clientèles est celui de l'échange des biens et des personnes : « capter », « aliéner », « garder », « envoyer », « renvoyer », « récupérer », « être court-circuité », « faire venir du monde ».

rationalisée en évoquant la rapidité et la précision de la transmission d'informations. Néanmoins, nos données empiriques montrent que les conversations entre professionnels, par téléphone ou entre deux portes, permettent d'échanger des informations qui ne sont jamais écrites : les incertitudes et les inquiétudes sur la situation du malade ; les émotions du soignant ; les perceptions du patient sous la forme d'étiquetages connotés négativement que les médecins ne s'autoriseraient pas dans les écrits ; les mauvais pronostics et en particulier les confirmations de passage du curatif au palliatif ; la faible utilité d'un traitement ou les risques encourus. De plus, pour des professionnels « de la parole » dont une part importante du travail repose sur des interactions verbales, la communication orale permet de passer outre le langage écrit médico-technique et précis imposé par les normes hospitalo-universitaires.

- Partage des doutes et des responsabilités : Les relations interprofessionnelles sont aussi un espace de discussion et de partage lors des décisions difficiles (« *si jamais tu as un gros doute avec une décision grave à prendre, c'est là que la confrontation avec un autre avis est importante, même si tu te rends compte que, très souvent quand tu as un gros doute, le spécialiste va aussi avoir ce gros doute, et finalement c'est la confrontation à deux et la discussion qui va permettre la prise de décision* », généraliste). Par exemple, dans l'annonce d'une mauvaise nouvelle, on observe soit la mise en place de véritables stratégies visant à organiser l'annonce avec plusieurs étapes au cours desquelles les partenaires professionnels sont sollicités²², soit le partage de l'explication et le soutien du patient ou de sa famille entre les soignants. De même, dans les pathologies graves avec des prises en charge « lourdes » (complexes, soins multiples), les associations de pairs, ou les réseaux impliquant plusieurs catégories de professionnels, aident les soignants à partager la charge psychologique et émotionnelle (« *il faut partager entre équipe sinon tu ne peux pas tout supporter* », généraliste). Les données ont montré ce même besoin pour les professionnels de partager certains malades « lourds » et « usants » du fait de leur handicap, de leur entourage familial ou social, ou de leur personnalité, par l'organisation de roulements entre paramédicaux par exemple.
- Délégation d'actes qui sortent du domaine des compétences ou de l'intérêt de chaque professionnel. Dans ce cas, il y a un transfert de responsabilité et une reconnaissance de la compétence de l'autre et/ou de l'intérêt de son intervention. Ainsi, les généralistes « *passent la main* » pour les avis spécialisés, les investigations techniques ou les traitements difficiles à mettre en place au cabinet de médecine générale.
- De la délégation aux relégations : les observations montrent que les généralistes délèguent facilement les actes qui dévalorisent, de leur point de vue, leur fonction telles que les tâches considérées comme périphériques des soins ou « mineures » (les vaccinations aux infirmières, les frottis cervicaux et prélèvement de gorge aux biologistes, les certificats et autres activités administrative - « *la paperasse* » - aux secrétaires). Cependant, lorsque le soignant souhaite se « débarrasser » d'un acte ou d'un sous-groupe de

²² Nous avons pu observer que, dans certaines situations, généralistes et spécialistes se partagent les éléments du diagnostic, du pronostic ou du traitement à annoncer, pour aider le malade à les assimiler, mais aussi pour alléger la charge affective.

clientèle, on peut considérer qu'il s'agit d'une relégation. Nous avons observé des relégations de sous-groupes de clientèles à des pairs (entre généralistes), ou de généralistes à d'autres catégories professionnelles (spécialistes, paramédicaux) :

- Les clientèles confrontant le soignant à ses limites et le mettant en échec (par exemple les « *hypochondriaques* », les « *fonctionnels* »). Les spécialistes ont le sentiment que ces clientèles sont « *bottées en touche* » et acceptent mal ces relégations.
- Les clientèles exposant le généraliste à des risques identitaires (personnes âgées en maison de retraite), à des chocs socio-culturels (« *cas sociaux* », « *psy* », « *toxicos* »).

Les relégations²³ d'actes, de clientèles ou de « sales besognes » (au sens de Hughes [14]), sont un moyen (voire une stratégie) de poser les limites de son travail et de son rôle. Elles participent à la construction de l'identité professionnelle puisqu'elles permettent au soignant d'affirmer sa spécificité et ce qu'il fait ou ne veut pas faire.

3 - De la construction à la consolidation des réseaux

Dans le groupe des généralistes, les interrelations répondent au besoin, essentiel et spécifique à la pratique généraliste, de se prémunir contre le risque social et juridique. En effet, l'exercice de la médecine générale est perçu par l'ensemble des médecins (généralistes et une partie des spécialistes) comme un des plus périlleux parce qu'il cumule des risques professionnels majeurs. Le généraliste serait quotidiennement confronté aux difficultés de la décision solitaire engageant sa responsabilité, aux incertitudes et aux limites du savoir médical, aux risques d'erreur médicale (« *on est confronté à prendre des décisions qui ne sont pas faciles à vivre parce qu'on est seul face à un problème* », généraliste). D'où le besoin de se protéger juridiquement mais aussi d'être confirmé dans son savoir, d'être rassuré sur ses compétences techniques et relationnelles, ses décisions, son rôle, tout en évitant de « perdre la face ». Afin de réduire le risque, les généralistes se rapprochent de personnes ressources (des « *relations privilégiées* ») avec lesquelles ils créent des liens sous la forme de relations de confiance (« *c'est clair que les spécialistes avec qui on va s'entendre, avec qui on a une affinité, dont on sait qu'ils nous respectent, qui ont une bonne appréciation de nous même, ce sera plus facile de communiquer avec eux parce qu'on ne va pas hésiter à poser des questions bêtes (...) quand on fait une bêtise, quand on fait une erreur, et que c'est avec un correspondant avec qui on a l'habitude de travailler et qui nous connaît, on sait très bien qu'il ne va pas nous juger, parce qu'il sait que ça peut arriver à tout le monde et qu'il nous connaît, tandis que quand on passe par un réseau qu'on ne connaît pas, on a toujours peur d'être jugé par les autres médecins* », généraliste).

Ces personnes ressources sont principalement des spécialistes (amis, parents, camarades de promotion). Les observations montrent que les généralistes n'hésitent pas à les contacter au cours de leur exercice quotidien (appel téléphonique au cours de la consultation, discussion avec leurs associés à l'occasion de pause) ou dans un cadre privé ou familial, pour un avis ponctuel, ou pour exprimer des difficultés relationnelles avec un patient ou des situations difficiles (fin de vie, misère sociale ou affective). Elles offrent un espace dans lequel le généraliste peut exprimer ses soucis et ses doutes sans crainte d'un dévoilement de ses émotions ou de sa sensibilité, voire de ses faiblesses.

Ces relations de confiance personnalisées s'organisent dans des réseaux d'affinités, mais aussi d'alliances, qui s'instaurent et s'entretiennent tout au long de l'exercice

²³ Observées également dans les autres catégories professionnelles.

professionnel. Les relations de confiance sont fondées sur la reconnaissance de compétences professionnelles (techniques et/ou relationnelles), mais elles sont sous-tendues par des logiques plurielles. La première est une logique affinitaire, comme dans tout réseau de sociabilité, avec des liens amicaux qui peuvent être anciens et constitués au cours des études, ou postérieurs à l'installation (lorsque s'instaurent des relations amicales extra-professionnelles). Sans être indispensables, ces relations d'amitié favoriseraient les collaborations avec les spécialités moins « prescrites » (pédiatrie par exemple). De plus, la convivialité et la connaissance « directe » (au sens d'une rencontre physique) seraient, selon les professionnels enquêtés, un facteur facilitant et stabilisant les relations interprofessionnelles. La seconde est une logique de solidarité entre anciens compagnons d'apprentissage, entre amis d'enfance, mais aussi entre « gens du pays » ou entre générations, favorisant la création de réseau ou l'intégration à des réseaux déjà constitués. Enfin, la troisième logique est celle de la similitude, plusieurs généralistes recherchant dans leurs correspondants le reflet de leur propre image ou celle du médecin idéal qu'ils souhaiteraient offrir à leurs patients. Dès lors, parmi les généralistes et les spécialistes, certains sont très attentifs aux qualités et aux spécificités relationnelles de leurs correspondants, préférant des « profils relationnels » à d'autres, indépendamment des compétences techniques. La présomption de similitude sous-tend également l'idée d'une reconnaissance de l'autre en retour quant à ses qualités humaines, ses compétences et son rôle de pivot.

Cependant, ces relations de confiance organisant la collaboration professionnelle, présentée par les enquêtés comme le mode idéal d'action collective, ne constituent pas la seule façon de travailler ensemble, ni la plus fréquente. D'autres configurations d'interdépendance [35] sont observées en fonction de l'intensité des interactions, de leur ancienneté, de la nature des échanges (oraux, écrits), de la nature des relations personnelles entre les acteurs et des besoins (expertise, conseil, délégation, actes de soins ou de diagnostic, etc.). Ainsi la coopération caractérisée par une relation de confiance limitée aux compétences professionnelles, et l'instrumentalisation où le partenaire est dépersonnalisé et identifié uniquement à son rôle professionnel²⁴, sont des modes relationnels aussi fréquents. Enfin, force est de constater que de nombreuses interactions professionnelles sont occultées, voire niées, lorsqu'il existe une concurrence entre partenaires, ou lorsqu'il n'y a pas de reconnaissance de la spécificité du travail de l'autre. Ainsi, certaines catégories comme les médecins du travail ou de la protection maternelle et infantile, les médecins conseil, les travailleurs sociaux, certains paramédicaux (psychologues, orthophonistes), et certains spécialistes (psychiatres, pédiatres, gynécologues, ophtalmologistes), ne sont jamais cités comme des partenaires par les généralistes, alors que les observations montrent des interactions fréquentes. Ces configurations relationnelles organisent différents types de réseaux – réseaux de confiance, de proximité, de correspondants, de prestataires de service – que les praticiens utilisent en fonction des situations rencontrées.

IV- Discussion

L'enquête s'étant déroulée en zone rurale et semi rurale, nous devons être prudent dans la généralisation de nos analyses. En effet, certains généralistes aspirent à retrouver le statut du médecin de famille d'antan qui avait une place importante avant l'apparition des nombreuses spécialités et des nouvelles professions du fait de l'amplification de l'offre de soins [19, 29]. Ils se sentent dépossédés de ce rôle par la multiplication de

²⁴ Dans cette catégorie, on trouve par exemple les médecins radiologues, les biologistes, les pharmaciens dont le nom est très rarement cité au cours des consultations ou des entretiens, contrairement aux autres catégories d'acteurs, et qui sont désignés de manière impersonnelle par leur spécialité.

nouveaux intervenants auprès du malade, d'où leur revendication d'être le pivot du système de santé. Mais tous n'aspirent pas à jouer ce rôle en permanence, certains voulant être de simples consultants, sans rôle de coordination selon les situations²⁵[20].

De plus, pour une partie des généralistes enquêtés, l'exercice rural (au sens que lui donne l'assurance maladie, *i.e.* la situation du cabinet à plus de vingt minutes d'un service d'urgence) faciliterait les relations durables et fidèles avec les patients et correspond ainsi à une certaine conception de leur métier. Le choix de la ruralité répondrait à une motivation profonde d'être « utile » et « efficace ». De plus, l'éloignement du site de consultations des médecins spécialistes répondrait aussi à la recherche d'un mode d'exercice où le médecin cherche à gérer et à assumer toutes sortes de situations délicates et en toutes circonstances : le médecin « de campagne » est disponible et proche de la population (premier et, parfois, dernier recours), il sait faire face à toutes les situations difficiles, il incarne la science et le savoir dans les campagnes. Néanmoins, cette conception du métier est aussi partagée par des médecins exerçant dans de petites et moyennes villes [36]. Selon cette représentation, le médecin « de campagne » craint moins de perdre son prestige en adressant ses patients à un spécialiste, il se sent moins menacé par la concurrence et peut alors jouer son rôle de médecin-pivot. En effet, les généralistes et les spécialistes enquêtés nous ont affirmé que l'éloignement géographique diminue le risque de concurrence. Il n'y aurait pas moins d'adressage aux spécialistes du fait de l'isolement, mais celui-ci se fait sans crainte de captation de la clientèle. L'éloignement géographique serait un facteur de stabilisation des enjeux entre généralistes et les spécialistes (comme I. Bourgeois l'a montré par ailleurs [37]) en favorisant les relations de confiance qui contrebalanceraient les inconvénients liés à l'isolement.

De même, le fait que tous les généralistes enquêtés soient volontaires pour participer à cette étude, pourrait expliquer les récurrences des idéologies, valeurs, règles et normes qui organisent les interrelations professionnelles dans nos observations. Nonobstant, celles-ci sont aussi présentes dans l'analyse des matériaux recueillis auprès des autres catégories de professionnels sollicités dans le second volet de l'enquête (spécialistes et paramédicaux), et dans d'autres études (voire particulièrement [18]).

Réalisée avant la réforme de l'Assurance Maladie (loi du 13 août 2004) qui instaure le « parcours de soins coordonné » et le dispositif du « médecin traitant », cette étude ne prend pas en compte la régulation institutionnelle actuelle (contraintes, obligations, facilitations) des réseaux informels, mais seulement les logiques professionnelles, identitaires, économiques et sociales de la structuration de ces réseaux d'acteurs. Notamment, notre analyse en termes de logiques sociales et culturelles ne doit pas minimiser les problèmes concrets qui interviennent dans la structuration des relations interprofessionnelles comme l'augmentation des prises en charge complexes (malades polyhandicapés ou dépendants, fins de soins curatifs, soins palliatifs) qui se reportent non seulement sur l'ensemble des libéraux (paramédicaux et généralistes), mais aussi vers les familles et les aidants [38].

V- Conclusion

Dans les réseaux informels étudiés, chaque professionnel a rarement une vision transversale de la prise en charge du malade, du fait des cloisonnements entre groupes professionnels, et des difficultés rencontrées (temporelles en particulier, du fait de la charge de travail, des horaires non maîtrisés, et de l'absence d'organisation commune). Aussi, nous

²⁵ Cette tendance que nous n'avons pas trouvée comme trait dominant de la pratique de nos enquêtés, pourrait s'accroître – dans le secteur libéral - avec le développement des maisons médicales.

n'avons pas retrouvé d'acteur unanimement reconnu comme « acteur charnière » du réseau, même si chaque soignant tend (ou aspire) à endosser cette fonction, qui serait le plus souvent assurée par le patient ou sa famille. Par ailleurs, tous les usagers ne souhaitent pas qu'un professionnel remplisse ce rôle de coordination, préférant construire un réseau de consultants sans qu'aucun d'eux n'occupe une place centrale [39]. Néanmoins dans notre enquête, le projet thérapeutique est, dans la majorité des cas²⁶, supervisé par le généraliste qui articule les compétences et les actions des autres soignants selon ses propres conceptions du rôle de chacun.

L'amélioration de la communication entre les acteurs et de la circulation de l'information sur le patient et les soins qui lui sont dispensés ne nous semble pas reposer seulement sur la désignation d'un acteur « pivot » qui aurait une action transversale (coordination) dans le projet thérapeutique. Elle devrait reposer également sur des processus de décloisonnements entre les différents segments professionnels, impliquant que chaque acteur connaisse le travail effectué par l'autre et reconnaisse son utilité dans la chaîne des soins, et sur un rééquilibrage des hiérarchies sociales et symboliques entre les acteurs. Ces processus exposeront néanmoins les professionnels aux risques d'une reconfiguration des territoires et des identités professionnels.

Remerciements

Cette étude a été réalisée grâce à une subvention accordée par l'ANAES et par la fondation FYSSSEN (bourse post doctorale d'Anne Vega). Nous remercions particulièrement le Pr Francine Saillant, Université de Laval (Québec) et le Pr Alice Desclaux, Université Paul Cézanne (Aix-Marseille U3) pour leur aide tout au long de ce travail. Nos remerciements vont aussi aux professionnels de santé qui ont participé à cette enquête et dont la déontologie de la recherche nous oblige à garder l'anonymat, ainsi que leurs patients qui ont accepté notre présence.

Bibliographie

- 1 - Mancret RC, *La constitution des réseaux de soins ville-hôpital*, Paris, Doin, 2001.
- 2 - *Postscriptum*, 14 décembre 2002.
- 3 - Robelet M, Serré M, Bourgueil Y, La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles, *Revue des Affaires Sociales* 2005 ; 1 : 233-260.
- 4 - Rossi I, Réseaux de soins, réseaux de santé : culture prométhéenne ou liberté de l'impuissance, *Tsantsa* 2002, 7 :12-21.
- 5 - Schweyer FX, Levasseur G, Gardin G, *Les non adhérents aux réseaux de santé*, LAPSS, Université de Rennes 1, 2005.
- 6 - Schweyer FX, Levasseur G, Pawlikowska T, *Créer et piloter un réseau de santé*, Rennes, Édition de l'ENSP, 2002.
- 7 - Hachet P, La communication d'informations lors d'un travail en réseau autour de toxicomanes, *Face à Face* 2004, 6 : 70-75.
- 8 - Lemieux V, *Les réseaux d'acteurs sociaux*, Paris, PUF, 1999.
- 9 - Broclain D, La médecine générale en crise ? In Aïach P, Fassin D eds, *Les métiers de la santé*, Paris, Anthropos, 1994 : 121-161.

²⁶Ceci peut être un « biais » de notre méthodologie qui s'est centrée sur l'activité des généralistes. Néanmoins, nous avons des exemples (rares) où la supervision est assurée par un spécialiste. Notre approche anthropologique ne nous permet pas d'évaluer l'efficacité en termes de soins ou de coordination des interventions dans le premier cas comme dans le second.

- 10 - Delvecchio-Good MJ, Discourse on physician competence, In Hahn & Gaines eds, *Physician of Western Medicine*, Dordrecht (Pays-Bas) Reidel Publishing company, 1985 : 247-267.
- 11 - Sarradon-Eck A, Médecin et anthropologue, médecin contre anthropologue : dilemmes de l'éthique dans l'ethnographie en situation clinique, *Ethnographiques.org*, N°17, novembre 2008 (en ligne <http://www.ethnographiques.org/2008/Sarradon-Eck>)
- 12 - Becker HS, Geer B, Hugues EC, Strauss AL, *Boys in white. Student culture in medical school*, New Brunswick, London, Transaction books, 1976 (réédition, 1ere édition : 1961).
- 13 - Baszanger I, Socialisation professionnelle et contrôle social, le cas des étudiants en médecine futurs généralistes, *Revue française de sociologie* 1981, XXII : 223-245.
- 14 - Hugues EC, *Le regard sociologique. Essais choisis* (textes rassemblés et présentés par Chapoulie JM), Paris, Éditions de l'EHESS, 1996.
- 15 - Good B, *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu*, Paris, Synthélabo Institut, 1998.
- 16 - Vega A, Initiations et apprentissages à l'hôpital. Comment devient-on infirmière ? *Cahiers de sociologie économique et sociale*, 1998 ; 29 : 37-61.
- 17 - Merton R, Reader G, Kendall P, *The student physician : introductory studies in the sociology of medical education*, Cambridge, Havard University Press, 1957.
- 18 - Vega A, Perceptions du travail et identités professionnelles : médecins salariés-médecins libéraux, même combat ? *Dossiers solidarité et santé*, La documentation Française, hors série, 2007, 1 : 41-50.
- 19 - Aiach P, Fassin D, Saliba J, Crise, pouvoir et légitimité. In Aiach P, Fassin D eds. *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et crise de légitimité*, Paris, Anthropos, 1994 : 9-43.
- 20 - Vega A, Lustman M, La logique des réseaux informels en médecine générale : la nécessaire personnalisation des réseaux de soins, *Sociologie et Santé* 2007, n°27
- 21 - Sarradon-Eck A, « Qui mieux que nous ? ». Les ambivalences du « généraliste-pivot » du système de soin, In Bloy G, Schweyer FX (dir), *Singuliers généralistes. Une sociologie de la médecine générale*, Rennes, ENSP, 2010, pp.253-270.
- 22 - Friedson E, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.
- 23 - La Peyre N, Le Feuvre N, Féminisations du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé, *Revue française des affaires sociales* 2005, 1 : 59-81.
- 24 - Vega A, *Une ethnologue à l'hôpital*, Paris, Éditions des Archives Contemporaines, 2000.
- 25 - Jaisson M, L'honneur perdu du généraliste, *Actes de la recherche en Sciences Sociales* 2002, 31-35.
- 26 - Hardy-Dubernet AC, L'internat de médecine ou la formation par la concurrence. In Cresson G, Drulhe M, Schweyer FX eds. *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Rennes, Éditions de l'ENSP, 2003.
- 27 - Castel P, Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique, *Revue Française de sociologie* 2005, 46, 3 : 443-467.
- 28 - Cohidon C, Duchet N, Cao MM, Benmebarek M, Sibertin-Blanc D, Demogeot C, Deschamps JP, La non-communication entre la médecine générale et le secteur de santé mentale, *Santé Publique* 1999, 11 ; 3 : 357-362.
- 29 - Arliaud M, *Les médecins*, Paris, La Découverte, 1987.
- 30 - Giami A, De Colomby P, Profession sexologue ? *Sociétés contemporaines* 2001, 41-42 : 41-63.
- 31 - Bouchayer F, Les voies du réenchantement professionnel, In Aiach P, Fassin D eds, *Les métiers de la santé. Enjeux, pouvoirs et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, 1994 : 201-225.
- 32 - Batifoulier P, Ventelou B, « L'érosion de la part "gratuite" en médecine libérale. Discours économiques et prophéties autoréalisatrices », *Revue du MAUSS*, 2003 : 314-329.

- 33 – Sarradon-Eck A, Voyage en médecine de campagne : le cabinet médical sous le regard de l'ethnologue, In Bloy G, Schweyer FX (dir), *Singuliers généralistes. Une sociologie de la médecine générale*, Rennes, ENSP, 2010, pp. 99-115.
- 34 – Marc E, Picard D, *L'interaction sociale*, Paris, Gallimard, 2003.
- 35 – Elias N, *La société des individus*, Paris, Fayard, 1991.
- 36 - Vega A, Le comportement de cessations d'activité des médecins généralistes libéraux. Rapport Final. Direction de la recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques – EHESS , 2007, *Série Études* N°1-73
- 37 - Hémerly-Bourgeois I, Dynamique d'adressage du patient et réseaux de correspondants en médecine générale, Communication aux journées du FROG « Organisations, communautés, réseaux : les nouvelles formes de l'action collective, 2002.
- 38 - Saillant F, Gagnon E, *De la dépendance à l'accompagnement. Soins à domicile et liens sociaux*, Québec, PUL/L'Harmattan, 2003.
- 39 - Fernandez G, La place du médecin de famille dans la pluralité des recours thérapeutiques. Le point de vue des usagers, In Cresson G, Schweyer FX eds. *Les Usagers du système de soins*, Rennes, Éditions de l'ENSP, 2000 : 271-293.