



HAL
open science

“ Qui mieux que nous ? ” Les ambivalences du “ généraliste-pivot ” du système de soins

Aline Sarradon-Eck

► To cite this version:

Aline Sarradon-Eck. “ Qui mieux que nous ? ” Les ambivalences du “ généraliste-pivot ” du système de soins. Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale, 2010. hal-03193316

HAL Id: hal-03193316

<https://hal.science/hal-03193316>

Submitted on 8 Apr 2021

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.

Chapitre d'ouvrage publié dans :

Bloy G., Schweyer F.X. (eds.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Éditions EHESP, 2010, pp. 253-270.

Aline Sarradon-Eck

« Qui mieux que nous ? »

Les ambivalences du « généraliste-pivot » du système de soins

La convention nationale des médecins généralistes et spécialistes du 12 janvier 2005 a fait de la coordination des soins la pierre angulaire de la réforme de l'assurance maladie en instaurant le « parcours de soin » et le dispositif du « médecin traitant » que doit choisir chaque assuré. Le « médecin traitant » assure les soins de premiers recours (y compris prévention et promotion de la santé) et oriente si nécessaire le patient vers des « médecins correspondants ». Ses missions sont donc de coordonner le parcours de soins des usagers entre les « médecins correspondants » (obligation de consulter un généraliste avant de voir un spécialiste sous peine d'un moindre remboursement de la consultation), d'établir avec eux les protocoles de soins pour les soins de longue durée, de participer à la mise en place et à la gestion du dossier médical personnel (DMP) qui synthétise les informations transmises par les différents intervenants,

La convention nationale prévoit l'organisation du dispositif, qu'il s'agisse du choix contractuel du médecin traitant (principe du libre choix, possibilité de changer de médecin traitant à tout moment, libre accès à certaines spécialités) qui peut être un généraliste ou un spécialiste, ou des missions des médecins correspondants (dont l'obligation de protocolisation des soins et d'information du médecin traitant). Cette convention n'a été signée que par 3 syndicats de médecins (CSMF, SML, Alliance)¹ sur les 5 jugés représentatifs de la profession. Les syndicats MG France et FMF, engagés depuis de nombreuses années dans un projet d'organisation du système de soins autour du généraliste (le généraliste « pivot » du système de soin), ont refusé de la signer. Ils ont été rejoints dans ce mouvement de contestation par d'autres syndicats (en particulier le syndicat des jeunes généralistes et internes en médecine générale, ISNAR-MG), par des associations de formation continue, par des collègues ou sociétés savantes (CNGE, SFMG). Les principaux points d'achoppement ont porté tout d'abord sur la possibilité de choisir un spécialiste comme médecin traitant et sur l'inégalité tarifaire entre spécialistes et généralistes. Pour les contestataires, considérer qu'un spécialiste puisse être un médecin traitant revient à nier la spécificité de la médecine générale. Sur les banderoles de la manifestation nationale du 22 janvier 2005, organisée contre la convention, on pouvait lire le slogan « Médecin généraliste SEUL médecin traitant ». Cette formule reprenait le premier point devant être renégocié selon le syndicat ISNAR-IMG. Ce dernier a dénoncé une convention qui « méprise les généralistes », et les expressions comparant les généralistes à des « *recopieurs d'ordonnances* », à des « *distributeurs de bons d'accès aux spécialistes* », à des « *référénts déférents* », à des « *sous-fifres des spécialistes* », à des « *médecins sous-traitants* » ont abondé dans la presse spécialisée et grand public.

Un autre point de discordance concernait la suppression de l'option « médecin référent » qui avait été instaurée par la précédente convention nationale du 26 novembre 1998 (signée alors par MG France, la FMF, le SML, mais pas par la CSMF). Cette option (facultative) était un contrat annuel entre le patient et le généraliste de son choix dans lequel chacun s'engageait à respecter certaines obligations : le patient s'engageait à consulter un généraliste avant un

¹ CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français ; SML : Syndicat des Médecins Libéraux ; Alliance : l'Alliance Intersyndicale des Médecins Indépendants de France ; FMF : Fédération des Médecins de France, SFMG : Société Française de Médecine Générale, CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants, ISNAR-MG : Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale.

spécialiste ; le médecin s'engageait à respecter une charte de qualité . Celle-ci sera reprise dans les missions et engagements du médecin traitant (synthèse du dossier, coordination, respect des bonnes pratiques, formation, prévention). À la différence du médecin référent, le médecin traitant n'est pas tenu de respecter un « seuil de qualité » dans le volume de ses actes (moins de 7500 actes/an), ni d'assurer une permanence des soins. Outre la forte incitation (pour les médecins comme pour les patients) à y souscrire, le dispositif du médecin traitant diffère, selon la convention, de celui du médecin référent essentiellement sur la « liberté de choix du patient » : le patient peut changer de médecin traitant quand il le souhaite, alors que le contrat avec le médecin référent était annuel. De même, le médecin traitant peut être un spécialiste alors que le médecin référent était obligatoirement un généraliste. Enfin, le patient ne bénéficie plus du tiers payant² avec le dispositif du médecin traitant.

L'option médecin référent n'a pas eu le succès escompté auprès des généralistes car en 2004, seulement 10 % d'entre eux avait opté pour ce dispositif³. Parallèlement, le succès des réseaux de santé (institutionnalisés) auprès des professionnels est mitigé car ils n'ont pas transformé l'offre de soins, ni suscité une adhésion de masse (Schweyer, 2005 ; voir aussi le chapitre 6 de la partie 3 du présent ouvrage). 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.

À travers ce mouvement de contestation, qui s'est poursuivi jusqu'en 2007⁴, se lisent les craintes de voir se réactiver les clivages et les conflits de légitimité entre les divers segments de la profession médicale, et de renforcer les hiérarchies sociales et symboliques entre généralistes et spécialistes qui se sont accentuées depuis la réforme des études médicales de 1982 (Hardy-Dubernet, 2003). Le principal déclencheur a été le sentiment des généralistes de se voir soustraire le rôle de management du parcours de soin du patient, pour lequel une partie de la profession milite depuis une vingtaine d'années comme la condition *sine qua non* d'une revalorisation du statut de la médecine générale, au point que ce rôle est l'un des « espaces d'identification prioritaires » (Goffman, 1973) du métier de généraliste.

Mais le généraliste est-il le coordonnateur « évident » de l'intervention clinique ? Lors de la réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004, « faire ensemble » ne semblait pas aller de soi pour tous les généralistes – ni pour les autres acteurs, professionnels ou profanes - dans les pratiques quotidiennes. À partir des matériaux empiriques recueillis dans le cadre d'une enquête ethnographique sur la nature des liens dans les interrelations professionnelles (Sarradon-Eck et al, 2004), ce texte vise à montrer que la conception du système de soin centrée sur le généraliste est sous-tendue par des logiques parfois contradictoires. Il rend compte des discours et des pratiques de coordination des soins *du point de vue* des généralistes, même si l'enquête a couvert le champ plus large de leurs réseaux informels de soins.

La méthodologie suivie dans cette enquête est celle de l'enquête de terrain ethnographique (observation et entretiens) conduite auprès de 10 médecins généralistes dans un premier temps⁵ et, dans un second temps et avec la même approche, auprès de leur réseau

² Dispense d'avance des frais médicaux pour l'utilisateur.

³ Selon les données de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

⁴ Malgré la mobilisation syndicale, l'option médecin référent a définitivement été abrogée par l'avenant 18 à la convention en date du 17 avril 2007.

⁵ Pour une description plus précise de l'enquête réalisée entre 2002 et 2004, voir le chapitre 1 de la deuxième partie.

de soin informel (spécialistes, paramédicaux, secrétaires médicales)⁶. Les généralistes enquêtés exercent tous en zone rurale ou semi-rurale, ce qui correspond à un choix d'étudier spécifiquement les médecins dont la pratique s'approche au plus près de celle des soins primaires⁷, saisis dans un contexte où la place des généralistes devrait précisément être celle du « pivot » du système de soins. Les résultats obtenus sont à analyser en tenant compte d'une part de leurs trajectoires professionnelles singulières, qui les ont conduits à choisir un mode d'exercice spécifique selon une certaine conception du métier, à savoir celle de la « médecine de campagne » (voir chapitre 1 de la deuxième partie) qui faciliterait les relations durables et fidèles avec les patients, et d'autre part du contexte de moindre concurrence entre les médecins du fait de la faible densité médicale et de l'éloignement géographique des spécialistes. Ces éléments donnent d'autant plus de force aux arguments qui viennent déconstruire, sur la base du travail d'enquête, l'idéologie professionnelle du généraliste-pivot.

Dans un premier temps, je présenterai la position des médecins face à l'option médecin référent, dispositif qui a mis en actes l'idée du généraliste-pivot avant la convention du 12 janvier 2005. Je documenterai ensuite empiriquement quelques-unes des difficultés des généralistes à occuper cette place dans le système de soins.

Opinions des généralistes enquêtés sur l'option « médecin référent »

L'adhésion ou la non-adhésion des médecins enquêtés à l'option médecin référent n'a pas été un critère de sélection. Toutefois, six généralistes (sur les dix « répondants ») avaient choisi cette option⁸. Le fait que l'« échantillon » ne soit pas représentatif sur ce point de l'ensemble des généralistes n'est pas intentionnel. Pour autant, cela paraît donner plus de poids aux observations sur la coordination décrites ci-dessous, puisque cette caractéristique des généralistes observés semble indiquer que six d'entre eux souhaitaient occuper une place centrale dans le système de santé et sortir progressivement du système du paiement à l'acte. C'est le cas de ce médecin « engagé » (il est syndiqué MG-France, ancien conseiller de l'Ordre des médecins, il appartient à un réseau de santé de prise en charge des usagers de drogues, il a été maître de stage) qui explique ainsi son choix optionnel, tout en se défendant contre les critiques des adversaires de l'option référent :

« (C'est un) contrat annuel tacite du patient avec le médecin qui a un « engagement virtuel moral » de faire un dossier médical, de la formation continue, de suivre la charte médicale et d'être relais de santé publique... Finalement, c'est ce que devraient faire tous les médecins ! Mais voilà, on dit que c'est pour toucher de la monnaie. Ça rapporte, c'est sûr,

⁶ Nous avons étudié les réseaux d'interconnaissance de paramédicaux et de médecins spécialistes, auxquels nous avons ajouté les professionnels qui nous sont apparus être des partenaires importants lors de l'observation des omnipraticiens (par le nombre des interactions ou par ce qui se jouait dans l'interaction), et qui ont accepté de participer à l'enquête : 34 médecins spécialistes, 4 médecins non-prescripteurs (« administratifs »), 15 infirmières, 7 kinésithérapeutes, 5 secrétaires médicales (de cabinets de médecine générale), 2 pharmaciens-biologistes, 2 pharmaciens d'officine, un ambulancier, un pompier, une directrice de maison de retraite. Nous avons également assisté à des réunions préparatoires à deux réseaux de santé formalisés, à des réunions entre soignants libéraux et hospitaliers dans le cadre de la mise en application de recommandations de l'ANAES (suivi des grossesses), à une formation post-universitaire sur le Dossier de soins infirmiers s'adressant à des généralistes et des infirmiers, à des formations continues pour les généralistes.

⁷ Le concept de soins primaires renvoie aux notions d'accessibilité, de premier recours et de permanence des soins.

⁸ Le recrutement des 10 répondants s'est fait de manière aléatoire pour 5 d'entre eux, dont 2 femmes et 3 hommes (la proposition de participer à l'enquête avait été faite à 100 médecins tirés au sort à partir de l'annuaire téléphonique), et par la mobilisation de nos réseaux de connaissances personnels pour les 5 autres, dont 1 femme et 4 hommes.

mais c'est une juste rémunération pour revaloriser le rôle des médecins généralistes. On a un rôle de suivi. C'est pareil, certains médecins sont contre le tiers payant, ils veulent un billet qui tombe » (homme, 47 ans).

Néanmoins, les cinq autres ne sont pas aussi explicites sur leur choix, insistant plutôt sur les possibilités de tiers-payant permis par l'option qu'ils voient comme un avantage pour les patients, soit en raison des « *difficultés financières des patients* », soit parce que cela évite les transactions en numéraire avec les usagers.

Les généralistes n'ayant pas fait le choix de l'option référent expriment explicitement leur désaccord avec un dispositif qu'ils considèrent comme dangereux pour leur « *indépendance* », et contraignant :

« Je ne suis pas médecin référent et je ne souhaite pas l'être parce que je souhaite conserver autant que possible un minimum de liberté (...) Je ne crois pas que ça apporte beaucoup au patient, le seul médecin référent que nous avons sur la région nous a dit que lui ça lui apporte un petit plus sur le plan financier, mais moi personnellement ça ne m'intéresse pas sur ce plan-là, et par contre il a des contraintes administratives, quelques comptes à rendre à la Sécu qui personnellement ne m'intéressent pas » (homme, 44 ans). Pour un autre, c'est « *la liberté de choix du médecin* » : « *Je suis viscéralement attaché au libre choix du médecin. Je ne peux pas enchaîner des patients qui ont des contrats passés avec des médecins. Moi, je suis très content qu'un patient me quitte, qu'il aille voir ailleurs, ça ne me gêne pas du tout parce que je trouve que ce qui compte vraiment, et là je raisonne comme un patient aussi, ce qui compte pour un patient c'est d'être bien avec son médecin ; et donc il doit pouvoir quitter son médecin, s'il n'est pas content il doit pouvoir aller voir quelqu'un d'autre. Je trouve que c'est essentiel. Un médecin peut se tromper et si un patient est lié à son médecin, c'est horrible si le médecin se trompe* » (homme, 35 ans). Ce généraliste, par ailleurs sympathisant CSMF, défend la liberté d'installation et de prescription. Il considère les obligations de formation permanente et de prescription des génériques imposées par l'option référent comme une entrave à la « *liberté* » du médecin, Il ne veut pas la formalisation d'une pratique qui, selon lui, devrait être celle de tous les médecins. Il tient un discours dépréciatif sur les médecins salariés et défend le paiement à l'acte, bien qu'il pratique le tiers-payant⁹.

La divergence dans les discours recueillis sur l'option médecin référent, parfaitement superposables à ceux que l'on peut lire dans les rubriques de courrier des lecteurs des quotidiens médicaux depuis 1999, traduit l'opposition entre deux idéologies qui traversent le groupe des généralistes depuis la seconde moitié du vingtième siècle. La première est celle qui veut conserver une « *médecine (ultra)libérale* » soucieuse de préserver l'autonomie professionnelle totale (d'où l'opposition au contrôle des pratiques, à la restriction de liberté de prescription, aux contraintes administratives de toutes sortes y compris de formation et d'évaluation des pratiques), le paiement à l'acte, la liberté d'installation, la liberté de choix du médecin. La seconde est celle qui voudrait voir instaurer une « *médecine socialisée* »¹⁰ acceptant la régulation du système (des dépenses, mais aussi des pratiques), militant pour que la médecine générale soit reconnue comme une spécialité de soins primaires, pour l'instauration des filières de soins (limitant l'accès direct au spécialiste), pour la rémunération au forfait. La frontière entre ces deux idéologies est, bien sûr, beaucoup moins nette au niveau de chaque individu dès lors que l'on analyse la trajectoire professionnelle et la pratique. En effet, nous n'avons pas perçu de différences entre ceux qui

⁹ Grâce à une tolérance de sa Caisse primaire d'assurance maladie.

¹⁰ J'emprunte cette expression à Peneff (2005 : 201) car elle me semble mieux traduire cette idéologie que la formule « *médecine sociale* » connotée différemment selon les époques, entre spécialité des « *maladies sociales* » (tuberculose, alcoolisme) et médecine visant à réduire les inégalités sociales de santé (voir Zymerman P., article « *médecine sociale* », in Lecourt D., *Dictionnaire de la pensée médicale*, PUF, 2004 : 1048-1052). La formule « *médecine sociale* » est néanmoins parfois utilisée par les généralistes dans leurs écrits.

ont souscrit à l'option référent et les autres, en dehors de la pratique du tiers-payant (avec la nuance ci-dessus). Le choix optionnel ne départage pas, en particulier, les généralistes qui aspirent le plus à être le pivot du système de soins des autres. En effet, tous n'aspirent pas à jouer ce rôle en permanence, certains voulant être de simples consultants, sans rôle de coordination.

De plus, les anciens médecins référents n'avaient pas le sentiment d'avoir modifié leurs pratiques, en dehors de l'un d'eux qui s'astreignait à réaliser un document de synthèse annuelle du dossier de ses patients en affection de longue durée (prévu par l'option conventionnelle). En effet, le choix optionnel n'a pas transformé leurs habitudes de pratiques de prévention, de formation permanente, de prescription de génériques, de permanence des soins, et aucun n'était concerné par le seuil de volume de ses actes. Quant à l'engagement du patient de consulter son généraliste référent avant le spécialiste, mes observations ont montré de nombreux contournements du contrat par les usagers.

L'ambiguïté d'être un médecin de premier recours

- Les risques d'être « en première ligne »

Il existe dans les discours des généralistes (mais aussi des infirmières et des kinésithérapeutes) un *ethos* du « faire face ». Le « bon professionnel » se doit de « *se débrouiller seul* », ce qui lui permet de se préserver une large autonomie. Ils pointent néanmoins les risques de l'isolement professionnel, telle la décision solitaire (« *on est confronté à prendre des décisions qui ne sont pas faciles à vivre parce qu'on est seul face à un problème* » femme, 32 ans). La décision solitaire engendre des doutes « *journaliers* » face aux limites de l'exercice médical (savoir, compétences techniques ou relationnelles) et face aux responsabilités (« *La difficulté, c'est de prendre des décisions seul, très rapidement en 10 minutes, et toutes les 15 minutes. Des décisions qui peuvent être vitales* », homme, 44 ans). Dès lors, l'association (cabinet de groupe) et le recours à des collaborateurs professionnels avec lesquels sont entretenues des relations étroites, sont des façons de chercher à limiter les risques, à répondre aux besoins de partage éventuel de la décision, et à se rassurer.

Les médecins (généralistes et spécialistes) enquêtés valorisent la pratique généraliste pour sa diversité tant dans les pathologies ou situations (médicales et sociales) rencontrées par le praticien (pouvoir « *toucher à tout* »), que dans ses aspects techniques et relationnels. Néanmoins, cette position de « *première ligne* » qui exige « *d'être bon partout* » n'est pas sans risque professionnel, telle l'erreur médicale redoutée par tous. La peur « *de passer à côté d'un truc* » est un discours récurrent, d'autant que les médecins généralistes considèrent leur formation initiale insuffisante dans plusieurs domaines de la pathologie, mais aussi de la psychologie, du social, et du juridique. L'enseignement reçu est en décalage avec leur pratique et ils poursuivent la construction de leurs savoirs par une formation « *sur le tas* » (expérience vécue, échanges avec les pairs) et, pour certains d'entre eux, par la formation permanente. Un autre risque est le sentiment d'inutilité professionnelle face des patients plus autonomes qui dictent au médecin la conduite à suivre en matière de traitement (« *qui viennent faire leurs courses* ») ou de parcours de soins. On retrouve des perceptions négatives du même ordre pour les situations de « *bobologie* », pour les actes considérés comme périphériques ou mineurs et peu valorisés.

De la métaphore guerrière du front (« *première ligne* »)¹¹, on glisse vite vers celle du tri des déchets (« *on n'est que des débrouailleurs de merde* », « *on est des dépotoirs à*

¹¹ Parfois plus explicite. Ainsi, dans un des cabinets, « *c'est la guerre !* » est une locution souvent utilisée (néanmoins sur le ton de la plaisanterie) par les médecins et les secrétaires pour exprimer le rythme soutenu et la surcharge de certaines plages de consultation.

angoisses ») pour exprimer les difficultés de la polyvalence du médecin de proximité et la réception de patients présentant des problèmes indifférenciés.

- Tri et évitement des clientèles

Les généralistes partagent avec l'ensemble des professions libérales de santé un idéal relationnel caractérisé par une proximité privilégiée avec les patients par opposition à une médecine hospitalière hyperspécialisée et anonyme (Aïach *et al*, 1994). Elle 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 »¹² de la prise en charge et la relation humaine avec le patient. Mais alors qu'ils aspirent, dans leurs discours, à développer la dimension relationnelle des soins, qu'ils valorisent l'approche « bio-psycho-sociale », et bien qu'ils s'inscrivent dans le modèle traditionnel de la « disponibilité permanente » (Lapeyre, Le Feuvre, 2005) à l'égard des patients, les observations montrent leurs difficultés à accompagner certaines clientèles. Ce sont les clientèles – qui peuvent varier selon les praticiens - qui les mettent en échec ou qui s'écartent des modèles biomédicaux, telles que :

- les patients dont le comportement oscille entre la déviance sociale et la maladie (usagers de drogues, alcoolo-dépendants)
- les patients ayant d'autres logiques socioculturelles dans les soins : ceux qui sont peu consommateurs de soins allopathiques (usagers des médecines alternatives, agriculteurs) ou au contraire sur-consommateurs ; ceux qui refusent d'avoir un médecin traitant ou multiplient les recours spontanés aux spécialistes ; ceux qui s'automédiquent, ou ne suivent pas les prescriptions médicales
- les patients exprimant ouvertement le fait de mieux se connaître que les médecins, ou qui mettent en cause le savoir médical directement par leurs questions (les patients « *exigeants* », « *qui savent tout* », « *les enseignants* »)
- les patients âgés dans les maisons de retraite et foyers non médicalisés qui souffrent de solitude et sont très demandeurs d'écoute en dehors de relation strictement professionnelles (besoins d'échanges existentiels concernant les proches, testaments, mort à venir). À ces catégories de personnes, une majorité de professionnels (non-médecins compris) tendraient à dénier le statut de patient (mise à l'écart du patient dans la relation en présence d'un aidant, substitution du terme « *mamie* » ou « *papy* » au nom de la personne)
- les patients étiquetés « *psy* », catégorie regroupant les personnes souffrant effectivement d'une maladie mentale, mais aussi celles dont les comportements échappent à la logique biomédicale des soins (qui reprend peu ou prou les catégories précédentes)¹³.

¹² Autour de la seconde guerre mondiale, avec la diffusion de la psychanalyse, sont apparues des approches, telles la médecine psychosomatique, « *la médecine de la personne* » (Paul Tournier en 1940), la « *médecine de l'homme total* » (Georges Valingot en 1947), centrées sur le patient (sa vie psychique) et non sur la maladie. Parallèlement, les travaux de M. Balint (1957) ont mis en avant la dimension affective et transférentielle de la rencontre clinique, celle-ci étant depuis considérée comme intrinsèquement thérapeutique (May *et al*, 1996). Ces approches ont été accueillies très favorablement par les généralistes, d'abord en Angleterre où les *general practitioners* ont théorisé la *whole person medicine* qui est devenue l'approche « bio-psycho-sociale » en 1972 (Dowrick *et al*, 1996), puis a été adoptée par la WONCA (société internationale de médecine générale - médecine de famille) pour définir la spécificité du métier de généraliste : « Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils (les généralistes) intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés » (extrait de la *Définition européenne de la médecine de famille-Médecine générale*, WONCA Europe 2002, consultable sur le site www.woncaeurope.org).

¹³ *A contrario*, les généralistes observés font preuve de beaucoup de patience et de compassion envers les patients psychotiques ou en grande détresse psychologique ou sociale.

Les médecins sont plus nuancés dans leurs discours que les para-médicaux et les secrétaires médicales qui catégorisent plus explicitement ces patients. Ces processus de reconstruction de l'identité des malades et d'étiquetage sont des défenses professionnelles leur permettant de se protéger émotionnellement vis-à-vis des clientèles les plus « dérangeantes », et plus généralement d'endiguer tous les comportements risquant de perturber le fonctionnement habituel de leur travail (Vega, 2001). En dehors de ces processus de catégorisation, on observe parfois des difficultés à nouer des relations avec des patients qui ne partagent pas certaines des valeurs du médecin (dans l'éducation des enfants par exemple), ou ceux dont les idéologies sexistes ou racistes les révoltent¹⁴.

Les généralistes observés contournent dans leurs pratiques la réalité des soins primaires que constitue une clientèle « *tout venant* » et non triées au moyen de mises à distance, de stratégies d'évitement, comme les délégations¹⁵ de soins ou de clientèles (à leurs associés, aux paramédicaux ou aux spécialistes), voire de rejets (par exemple, refus de prescrire des produits de substitution). Parallèlement, la spécialisation informelle (très fréquente) est une voie pour maîtriser la clientèle (Bouchayer, 1994 ; voir aussi les chapitres 4 et 5 de la partie 2 du présent ouvrage). Elle est aussi compensation symbolique des inconvénients de l'omnipraticque en permettant au généraliste de consacrer une partie de son activité à un champ de la pathologie, ou à une technique, ou encore à un sous-groupe de la clientèle pour lesquels il a un intérêt intellectuel ou une facilité relationnelle.

Des difficultés d'être le coordinateur du système de soins

Les généralistes ont le sentiment de devoir pallier les insuffisances du système de santé, tels que les rendez-vous tardifs de consultations spécialisées : « *(les patients) viennent nous voir pour qu'on leur trouve des solutions. Les spécialistes, les délais c'est deux, trois mois, donc quand il y a un problème, on nous demande de le régler. Quand il y a des problèmes juridiques dans les instances, c'est pareil apparemment ça ne suit pas, donc on nous demande de régler le problème (...), je suis devenue la grande maman qui doit tout gérer, oui !* » (femme, 42 ans).

L'appel téléphonique direct par le généraliste est alors le moyen de contourner les délais d'attente ou le passage du patient par les urgences pour obtenir son hospitalisation. Outre le temps, parfois long, consacré à ces actes de coordination, on observe des attitudes différenciées face à l'exécution de ce type de tâches, certains décrochant très souvent leur téléphone en présence du patient, d'autres laissant le patient organiser lui-même son parcours. Ces deux types d'attitudes ne recouvrent pas le partage entre les médecins qui revendiquent le rôle de « pivot » et les autres, mais s'expliquent plus par l'inscription de ces médecins dans une relation de service avec leur patient. Entrent en jeu également des difficultés perçues par les enquêtés à joindre certaines catégories de spécialistes comme les praticiens hospitaliers en raison d'une limitation de la disponibilité de ces derniers, d'une multiplication des interlocuteurs pour le même patient dans l'institution, de l'appréhension à perturber le travail de l'autre, mais également de la césure hiérarchique symbolique traditionnelle entre les généralistes et les praticiens hospitaliers. Enfin, la communication directe avec le spécialiste,

¹⁴ Nous n'avons pas recueilli de discours ouvertement racistes ou sexistes, ou encore dépréciatifs envers les personnes bénéficiaires de la CMU de la part des médecins enquêtés, ce qui ne signifie pas qu'ils n'existent pas, bien au contraire. Au cours de mon exercice précédent de généraliste, j'ai pu entendre très souvent ce type de discours dans les réunions de médecins.

¹⁵ Lorsqu'il s'agit d'actes considérés comme « mineurs », de clientèles perçues comme « dérangeantes », ou de tâches perçues comme des « sales besognes », on peut considérer que le médecin relègue, et non délègue, ces actes, tâches, clientèles.

pour obtenir un avis ou pour justifier un rendez-vous urgent, expose les généralistes au risque de « perdre la face » en dévoilant leurs limites ou leurs failles. Afin de se prémunir de ce risque social, ils se rapprochent de personnes ressources (« *les relations privilégiées* ») avec lesquelles ils nouent des relations de confiance, comme l'exprime ce généraliste :

« 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, et qui ont une bonne appréciation de nous mêmes, ce sera plus facile de communiquer avec eux parce que on ne va pas hésiter à poser des questions bêtes, on ne va pas hésiter à dire des choses qu'on hésiterait à dire parfois avec un spécialiste qu'on ne connaît pas bien ou avec qui on a pas trop d'affinités (...) Je revois mon associé en train de me dire « faudrait que j'appelle Untel pour cette malade et je n'ose pas parce qu'il me prend toujours pour un con, il me parle mal, je ne veux pas l'appeler mais c'est emmerdant parce que ma malade elle..., il faudrait que je l'appelle, qu'est-ce que t'en penses ? ». Et c'est vrai qu'on ressent ça. Mon autre associée, c'est pareil, quand il faut qu'elle appelle tel cardiologue, elle devient toute rouge. » (homme, 46 ans).

Comme je l'ai décrit dans le chapitre 1 de la deuxième partie de cet ouvrage, la temporalité particulière de la consultation de médecine générale rend difficile et peu visible l'investissement de la fonction de coordination. Les deux extraits de notes de terrain décrivent une des facettes de la coordination, et sa complexité.

Notes de terrain (observation du Dr X, femme, 32 ans)

Mercredi, 8h45 : Dr X vient de voir un patient (nous l'appellerons Jules) et sa fille à son domicile. Dr X explique que son problème, aujourd'hui, sera de trouver une clinique à orientation psychiatrique qui accepte de garder la fille de Jules, dépressive, plus de deux jours, pour qu'elle récupère, et trouver en même temps une maison médicalisée pour son père atteint d'une démence légère. Dr X a fait hospitaliser la fille de Jules en début de semaine pour tentative de suicide mais elle est sortie, sur l'avis des médecins, au bout de deux jours.

11 h 55 : fin des consultations du matin. Dr X appelle une première clinique. La secrétaire lui annonce qu'il n'y a pas de place avant 15 jours. Dr X demande à parler au médecin qui lui confirme l'absence de lit disponible, et lui conseille de s'adresser à une autre clinique. Dr X appelle cette seconde clinique, elle est d'abord en communication avec une secrétaire, puis une infirmière, puis avec le médecin. Dr X a trouvé une place pour la fille, il lui faut maintenant trouver une place pour Jules, « *c'est l'enfer* » me dit-elle. Dr X doit ensuite retourner voir la fille de Jules pour lui faire le courrier d'hospitalisation et le bon transport pour l'ambulance. Le médecin n'aura pas le temps de manger car elle reprend ses consultations à 13 h 45.

20 h 15 : fin des consultations de la journée. Dr X doit chercher une maison médicalisée pour Jules. Elle téléphone dans une clinique qu'on lui a indiquée, mais elle doit rappeler le lendemain car il n'y a plus ni médecin ni surveillante à cette heure tardive.

Jeudi après-midi : Dr X a fait hospitaliser Jules ce matin. N'ayant pu obtenir une place en maison médicalisée, elle l'a adressé aux urgences. Au milieu d'une consultation, elle reçoit l'appel de l'interne des urgences pour lui reprocher de lui avoir envoyé ce patient sans prévenir. Dr X est aussi en colère que son interlocuteur à qui elle rapporte qu'elle a parlé avec l'assistante du service à laquelle elle a exposé le problème (défaut de transmission interne aux urgences). Elle se justifie en expliquant comment elle en est venue à prendre cette décision (contexte familial et pathologique) et, qu'ayant elle-même travaillé comme interne aux urgences, elle respecte trop le travail des urgentistes pour envoyer un patient sans prévenir. Commentant cet appel un peu plus tard, elle dira être contrariée de ne pas avoir été comprise dans sa démarche, que les autres soignants n'aient pas vu les précautions qu'elle a prises ; elle estime ne pas avoir fait d'erreur et s'être fait vilipender à tort.

Note de terrain (Observation du Dr Y, homme, 47 ans)

Note sur le suivi d'un patient (que nous appellerons Robert) atteint d'un cancer en phase terminale, dont la prise en charge est complexe. Dr Y va voir Robert matin et soir (avant et après ses consultations). Robert est un ancien médecin, bien connu dans le village

Lundi 25, matin : Au milieu d'une consultation, Dr Y est prévenu par une infirmière libérale (appel téléphonique) du retour à domicile de Robert et du traitement suivi. À la fin de la consultation, Dr Y appelle le laboratoire pour faire pratiquer un ionogramme. Il appelle aussi le service hospitalier où est habituellement soigné le patient et ne parvient pas à joindre un médecin. Dr Y demande que l'assistant du service le rappelle.

Mardi 26, après-midi : Au milieu d'une consultation, appel du biologiste pour communiquer des résultats des examens de plusieurs patients, dont Robert. Le biologiste demande au Dr Y des nouvelles de Robert sur son état général. Plus tard, le biologiste rappelle (toujours au milieu d'une consultation) pour communiquer la suite des résultats des examens de Robert. Il est question d'anémie et le biologiste suggère la transfusion d'un culot d'hématies. Dr Y lui répond qu'il y a peut-être une hémodilution et lui demande de faire un examen complémentaire pour vérifier ce diagnostic. Dr Y est soucieux, il a des difficultés à se concentrer sur la consultation suivante, il pose les mêmes questions plusieurs fois et ne semble pas entendre les réponses. Plus tard, nouvel appel du biologiste qui confirme l'hémodilution et fait donc reconsidérer l'importance de l'anémie et la nécessité d'une transfusion.

Mercredi 27, matin : Entre deux consultations, Dr Y téléphone dans le service hospitalier où était hospitalisé Robert, le praticien hospitalier ne l'ayant toujours pas rappelé. Longue attente pour trouver le médecin, pendant ce temps, Dr Y écrit un courriel personnel. On lui passe l'interne à qui il rend compte de l'état clinique du patient et de ses constantes biologiques. Il demande un conseil pour corriger l'hypoprotidémie découverte la veille, et les oedèmes qui l'accompagnent. Dr Y hésite entre des diurétiques ou des protéines. Discussion avec l'interne du service sur les avantages et inconvénients de chaque traitement. L'interne propose de transfuser un culot d'hématies, mais c'est impossible à domicile. Dr Y reste sur l'administration de protéines. En raccrochant, il dira « *ils ne sont pas très précis ces internes* » et consulte son Vidal pour trouver le traitement à administrer (perfusion d'albumine). Il donne une consultation, puis appelle la pharmacie pour commander de l'albumine. Il passera ce soir à la pharmacie pour déposer l'ordonnance et régulariser les prescriptions. Il appelle l'infirmière pour lui donner les consignes.

Soir : je suis invitée à dîner chez Dr Y. Quand j'arrive, le téléphone sonne, c'est Robert qui demande au Dr Y de venir le voir rapidement car il a de la fièvre. Dr Y y va, laissant ses invités, pas de commentaires à son retour.

Jeudi 28, matin : Dr Y appelle l'hôpital pour Robert qui a de la fièvre depuis hier soir. Il parvient enfin à joindre le médecin référent de Robert, avec lequel il convient d'une hospitalisation dans la matinée. Dr Y me dira qu'il a un contact « *privilegié* » avec ce médecin, qu'il a « *une alliée dans cet hôpital (...) elle m'a dit 'on s'en occupe', j'aime cette phrase* ».

Partager la coordination ?

Dans les prises en charge complexes (malades polyhandicapés ou dépendants, soins palliatifs) les généralistes sont à l'interface des autres acteurs des soins (services hospitaliers, spécialistes, paramédicaux, aidants, famille). Cette position est mise en exergue par les généralistes enquêtés, mais aussi par les syndicats, pour justifier le rôle de coordination de l'intervention clinique, de centralisation et de synthèse du dossier du patient (voir chapitres 1 et 2 de la partie 3 de l'ouvrage). Elle leur donne aussi la certitude d'être les plus à même de prendre la responsabilité de certaines décisions, lourdes de conséquences pour le malade ou son entourage, telles que le maintien à domicile :

« C'est aussi à nous d'arriver à percevoir : il faut donner aux familles leur chance d'accompagner, parce que l'hôpital c'est terrible, mais savoir aussi s'ils (les aidants) vont tenir le coup... Si tu pousses un peu, ils vont faire ce que tu leur dis, mais il faut réévaluer en permanence, et tenir compte de l'entourage. Tu portes tout sur ton dos, de l'hospitalisation jusqu'à l'arrêt cardiaque et le massage : c'est à moi de dire 'on arrête' » (homme, 46 ans)

Cette conviction, issue du processus de socialisation à l'oeuvre pendant les études et les stages hospitaliers au cours desquels sont incorporées les valeurs fondamentales de la profession comme la responsabilité du diagnostic et des soins (Merton, 1957 ; Becker *et al.*, 1971 ; Baszanger, 1981), vient aussi du fait que les généralistes ont rarement l'occasion de rencontrer tous les acteurs, ensemble ou séparément. Malgré leur sentiment d'isolement exprimé de manière récurrente, ils prennent très rarement l'initiative de réunions de concertation avec les autres acteurs professionnels ou profanes qui permettraient un partage des responsabilités¹⁶ et des réflexions sur le vécu des patients dans leur vie quotidienne. Les

¹⁶ Même lorsqu'il s'agit de la réponse à donner à la demande de mort volontaire médicalement assistée d'un malade en fin de vie, comme j'ai pu l'observer dans l'exposé d'une situation clinique rapportée par un généraliste lors d'une formation continue.

rencontres imprévues (au domicile du patient, dans le hall de la maison de retraite, dans la rue) sont alors l'occasion d'échanges fragmentaires entre les professionnels.

Cependant, ces échanges sont perçus par les infirmières interviewées « *plutôt en sens unique* », l'infirmière étant celle qui sollicite le médecin (passer voir un malade, demander une prescription). Comme l'a montré l'enquête de Vilbrod (2003), la coopération des infirmières avec les généralistes est « sous tension ». Les interactions peuvent être conflictuelles parce que le médecin généraliste n'est pas toujours prêt à recevoir l'avis de l'infirmière ou méconnaît ses compétences, ce que confirment les observations. Dans l'étude de Vilbrod, comme dans la nôtre, les infirmières aspirent à travailler de manière autonome. Elles soulignent leurs savoirs spécifiques que n'auraient pas les médecins : savoirs relationnels (médiation familiale, accompagnement de la mort), expériences pratiques (savoir aménager le domicile au quotidien), connaissances précises d'actes techniques (pansements et gestion du matériel de maintien à domicile). Certaines revendiquent des compétences propres acquises par l'expérience et remettent en cause les capacités des médecins à évaluer les besoins fondamentaux des patients à domicile. Une partie d'entre elles s'affirme dans un rôle d'organisation du travail de coordination avec les autres professionnels (frapper à la porte du cabinet du médecin pour lui communiquer des informations, tenter d'adapter une prescription, essayer de le rencontrer au domicile des patients, mettre en place des cahiers de soins à domicile¹⁷, voire des réunions avec les médecins et/ou avec les aides à domicile¹⁸). Elles tendraient alors à assumer un rôle de médiateur voire de coordinateur des soins, mais à partir de revendications identiques à celles que les généralistes expriment à l'égard des spécialistes : proximité et connaissance approfondie du patient et de son environnement (leur faisant revendiquer l'exclusivité du territoire relationnel), et savoirs spécifiques.

Plus généralement, dans la prise en charge de personnes âgées ou souffrant de polyopathologies, malgré l'idéal du travail en équipe sur le modèle hospitalier auquel aspire l'ensemble des professionnels de santé interviewés et la nécessité d'une coordination renforcée, on observe une tendance à la succession fractionnée de dispenses de soins au chevet des patients. Chaque intervenant « au lit du malade » a rarement une vision horizontale de la prise en charge (*i.e.* de l'ensemble des accompagnements, des suivis échelonnés et articulés entre les divers acteurs). La méconnaissance du travail des autres acteurs intervenant auprès du patient, et l'absence de visibilité de ce travail, expliquent cette observation. D'autres constats sont tangibles comme une connaissance parcellaire de la part des généralistes de l'ensemble des ressources (soins, accompagnement, prévention, médico-social). Parallèlement, on observe une 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 (Saillant et Gagnon, 2003). Dès lors, une partie de la coordination des soins du patient est assurée par lui-même ou sa famille (articulation du travail de chaque intervenant, transmission d'informations, avis spécialisés).

Des difficultés à travailler ensemble

¹⁷ À noter la place originale du cahier de soins infirmiers comme outil de coordination dans le système de santé. Cependant, selon nos enquêtés, il est encore sous utilisé et peu d'informations y transitent.

¹⁸ Au moment de l'étude, un seul généraliste appartenait à un réseau de prise en charge des usagers de drogues. Depuis la fin de l'enquête de terrain, plusieurs ont intégré des réseaux formalisés, à la suite de la concrétisation de projets locaux qui se mettaient en place lors des observations. Les généralistes concernés confirment que les infirmières revendiquent officiellement ce rôle de coordination pour les réseaux de type soins palliatifs.

L'ensemble des professionnels de santé enquêtés partage un idéal d'organisation autonome du travail avec une valorisation de toutes les figures de l'autonomie professionnelle. Parmi celles-là, on peut citer 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 dénoncés par les enquêtés (abus de pouvoir, subordination, antagonismes) ; la critique de certaines règles établies par les autorités sanitaires ou les caisses (recommandations opposables, contrôle de l'activité) ; le libre choix de ses partenaires ; la maîtrise de son exercice (horaires, congés, temps de consultation, secteur géographique), et la maîtrise de la décision de soins. Comme cela a été démontré dans d'autres contextes (par exemple dans les services de santé de première ligne au Québec, voir D'Amour *et al.*, 1999), la recherche d'autonomie peut être en contradiction avec l'idéal de travail en équipe. En effet, elle peut engendrer des cloisonnements entre chaque segment professionnel, aggravés par les relations avec les professions « prescrites » (paramédicaux) et l'existence de barrières hiérarchiques symboliques entre médecine de ville et médecine hospitalière et entre spécialités « dominées » ou « dominantes » (Jaisson, 2002) (médecine générale, gériatrie, psychiatrie vs cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie).

En dépit d'une valorisation du travail en équipe (« colloque pluriel »¹⁹) et d'une aspiration à travailler en groupe, on observe une tendance à l'appropriation des malades et de leur histoire clinique. Celle-ci, favorisée par le double idéal - d'autonomie professionnelle et relationnelle -, et accentuée par la culture du « colloque singulier », engendre parfois des difficultés à partager la prise en charge du malade : à trouver des logiques communes, à déterminer à qui « appartient » le patient et qui doit décider des soins, à définir les responsabilités dans les soins. De plus, au fil de sa professionnalisation lors de l'exercice libéral, chaque acteur a pris l'habitude de travailler d'une certaine manière et tend à s'enraciner dans des pratiques spécifiques difficiles à communiquer à d'autres acteurs.

Des règles, des normes, des contraintes et des attentes réciproques régulent les relations entre les différents professionnels de santé, et plus particulièrement entre généralistes et spécialistes, leur permettant de travailler plus ou moins ensemble. Ainsi, l'obligation d'échange d'informations sur le patient et la règle du retour du patient²⁰. 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 leur font perdre leur spécificité de « médecin de l'homme total » et les renvoient à une fonction de *gate-keeper* peu valorisée par les enquêtés (« on en revient à être un médecin de garde »). La plupart d'entre eux se refusent à être de simples « aiguilleurs » et veulent conserver le rôle de « pivot ». Celui-ci est pourtant pris bien souvent en défaut dans les observations. En effet, l'enquête montre que l'adressage de spécialiste à spécialiste est fréquent, le généraliste étant alors simplement informé des décisions thérapeutiques prises sans en être un acteur. D'ailleurs, même lorsqu'il est l'auteur de l'adressage, son avis n'est

¹⁹ Le « colloque pluriel » est une expression construite en « négatif » du « colloque singulier », synonyme dans les représentations médicales et sociales de la relation duelle entre un médecin et son malade. Si l'on connaît l'origine de l'expression « colloque singulier » (elle est attribuée à l'écrivain et médecin Georges Duhamel, qui, en 1935, voulait souligner que la rencontre clinique est une rencontre particulière et à caractère unique de deux individus singuliers : le médecin et le malade), je ne connais pas celle de « colloque pluriel », utilisée pour qualifier la gestion pluridisciplinaire des soins, et la pluralité des intervenants. Je l'ai trouvée employée par le Dr J.L. Baierléin « Le médecin : professionnel de la maladie ou professionnel de la santé », *Lettre de la Fondation Ling*, mars 1998.

²⁰ Règles inscrites dans le Code de déontologie, articles 57 à 64.

pas toujours pris en compte, comme en témoigne l'ouverture tardive, parfois observée, par le spécialiste de la lettre du généraliste en fin de consultation. Une autre règle forte et explicite est celle de l'obligation de communiquer (informations, avis, résultats, suivi du patient). Selon les généralistes enquêtés, elle n'est pas respectée par certaines spécialités (pédiatrie, gynécologie, ophtalmologie et surtout psychiatrie²¹), ce qui donne alors aux généralistes le sentiment d'être exclus de la prise en charge du patient et remet en cause leur rôle de coordination de l'intervention clinique.

De nombreux territoires professionnels sont devenus communs aux différents groupes avec l'accentuation de la division du travail dans le champ de la santé (Aïach *et al.*, 1994). Dès lors, les acteurs délimitent eux-mêmes leur territoire en fonction de leurs intérêts intellectuels, de leur expérience professionnelle, mais aussi de l'offre locale de soins. Il en résulte des superpositions de territoires professionnels pouvant entraîner des interfaces conflictuelles. Les généralistes sont plus exposés à ces conflits territoriaux en raison de l'absence de territoire déterminé et spécifique à la médecine générale (Arliaud, 1987 ; Broclain, 1994). On observe ainsi des conflits de territoires dans le domaine des compétences (entre généralistes et certains spécialistes), dans le champ des missions revendiquées comme celle de prendre en charge le malade dans sa globalité (entre généralistes et spécialistes, entre généralistes et infirmières) et dans le champ du savoir, *i.e.* qui détient le savoir médical et peut poser un diagnostic et décider des soins (entre généralistes et médecin du travail, entre généralistes et kinésithérapeutes). Contrairement à ce qui a été décrit aux États-Unis (DeVecchio Good, 1985), ces compétitions territoriales ne semblent pas relever de la 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.

De la concurrence, réelle ou perçue, entre certains groupes, exprimée par des craintes de captation de la clientèle et des conflits de territoires, résultent des stratégies d'alliance entre professionnels. En effet, il s'agit bien d'échanger, voire de se répartir, des patients et des informations sur les patients, comme en témoigne le registre sémantique utilisé des médecins concernant les clientèles (« capter », « aliéner », « garder », « envoyer », « renvoyer », « récupérer », « être court-circuité », « faire venir du monde ») qui est celui de l'échange des biens et des personnes. Le « patient comme moyen d'échange » et régulateur des relations entre les médecins n'est pas spécifique au secteur libéral des soins, mais s'observe aussi dans les institutions (Castel, 2005).

Le généraliste coordinateur « naturel » ?

Bien que le travail d'articulation de la prise en charge par le malade soit connu depuis les travaux de A. Strauss (1992), le rôle du patient dans l'organisation des réseaux informels est trop souvent mésestimé par les professionnels. Pourtant, le patient 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 traitant. D'autres études ont montré que tous les usagers ne souhaitent pas qu'un professionnel remplisse le rôle de coordination, préférant construire un réseau de consultants sans qu'aucun d'eux n'occupe une place centrale (Fernandez, 2000). Ce « réseau du patient » est devenu plus visible pour les généralistes depuis le dispositif du « médecin traitant », incitant le malade à consulter son médecin traitant

²¹ Nos données empiriques rejoignent les conclusions de l'étude de Cohidon *et al.* (1999), qui montre 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 leurs difficultés à communiquer avec les psychiatres (cf. chapitre 3 de la partie 2 du présent ouvrage).

avant de prendre un avis spécialisé. Ainsi, plusieurs généralistes contactés depuis la fin de l'étude ont reconnu avoir découvert l'ampleur de ces réseaux organisés par les usagers. De plus le patient effectue un travail important d'articulation entre les soignants et de transfert de l'information. Il est en effet souvent le seul vecteur de l'information entre professionnels et il est amené à donner oralement à chaque acteur les informations qu'il juge nécessaires sur son diagnostic ou son traitement, lorsque le professionnel n'a pas reçu de lettre du correspondant ou du prescripteur. Si les patients assurent – volontairement ou malgré eux - un rôle important de coordination, les observations montrent qu'ils sont nombreux à attendre des professionnels, comme une garantie de « bons » soins, qu'ils communiquent entre eux et échangent sur leur cas.

Les matériaux ethnographiques montrent que diverses catégories de professionnels sont rarement citées par les généralistes comme des partenaires. Ce sont les spécialistes avec lesquels il existe des compétitions de territoire (pédiatrie, gynécologie), ceux dont les spécialités sont en voie de reconnaissance avec un statut ambigu (gériatrie, médecine du sport, phlébologie, etc.). On trouve aussi les professionnels dont l'activité est peu connue (comme les psychomotriciens, orthophonistes, podologues, ergothérapeutes), ou dont les savoirs ne sont pas légitimés (psychanalystes, acupuncteurs, homéopathes), ou encore les professionnels qui ne sont pas considérés comme soignants (médecins de protection maternelle et infantile, médecins conseil, médecins du travail, pharmaciens, biologistes). L'ensemble de ces partenaires, auxquels il faudrait ajouter les secrétaires médicales, n'est pas reconnu dans son rôle de conseil ou de médiation. L'occultation de la place et du rôle de plusieurs catégories d'acteurs, professionnels ou profanes, peut s'expliquer par l'apparition de nombreuses spécialités et de nouvelles professions du fait de l'amplification de l'offre de soins (Arliaud, 1987 ; Broclain, 1994) et de la multiplication de nouveaux intervenants auprès du malade.

Dans les réseaux informels étudiés, il n'existe à aucun niveau une vision transversale de la prise en charge du malade, mais plutôt une superposition de visions partielles du fait du manque de connaissance du travail de l'autre, des cloisonnements symboliques 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, cf. chapitre 2 de la première partie tiré de la même enquête). Aussi, nous n'avons pas retrouvé d'acteur professionnel unanimement reconnu comme « acteur charnière » du réseau, même si plusieurs tendent (ou aspirent) à endosser cette fonction. Néanmoins dans notre enquête, le projet thérapeutique est, dans la majorité des cas, supervisé par le généraliste qui articule les compétences et les actions des autres soignants selon ses propres conceptions du rôle de chacun.

Les récentes statistiques de l'assurance maladie indiquent que 80 % des assurés ont déclaré un médecin traitant²². Parmi ceux-là, 99,5 % ont choisi un généraliste pour assurer cette fonction. D'autres sources indiquent que le médecin habituel ou médecin de famille a été choisi presque systématiquement par les assurés (Dourgnon *et al*, 2007). Ces statistiques confirment que les craintes des généralistes de se voir destituer du rôle de coordonnateur du parcours de soins par les spécialistes n'étaient pas fondées. En doutaient-ils ? La contestation de la convention de 2005 par une partie des généralistes, par-delà les stratégies syndicales de reconnaissance de la profession, n'exprimait-elle pas le malaise d'une profession en quête d'identité ?

²² Assurance maladie, « En deux ans, le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant s'est installé dans les moeurs », *Point mensuel*, 23 janvier 2007.

Bibliographie

Aiach P., Fassin D., Saliba J. (1994), « Crise, pouvoir et légitimité » in Aiach P, Fassin D (dir.) *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et crise de légitimité*, Paris, Anthropos, pp : 9-43.

Arliaud M. (1987), *Les médecins*, Paris, La Découverte.

Baszanger I. (1981), « Socialisation professionnelle et contrôle social, le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue française de sociologie*, vol. XXII , pp : 223-245.

Becker H.S., Geer B., Hughes E.C., Strauss A.L. (1971), *Boys in white. Student culture in medical school*, New Brunswick, London, Transaction books.

Bouchayer F. (1994), «Les voies du réanchantement professionnel », in Aiach P., Fassin D. (eds.) *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et crise de légitimité*, Paris, Anthropos pp : 201-226.

Broclain D. (1994), « La médecine générale en crise ? » in Aiach P., Fassin D. (eds.) *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et crise de légitimité*, Paris, Anthropos, pp : 121-161.

Castel P. (2005), « Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique », *Revue française de sociologie*, vol. 46, n°3, pp : 443-467.

Cohidon C., Duchet N., Cao M.M., Benmebarek M., Sibertin-Blanc D., Demogeot C., Deschamps J.P. (1999), « La non-communication entre la médecine générale et le secteur de santé mentale », *Santé publique*, 11 ; 3 pp : 357-362.

D'Amour D., Sicotte C., Levy R. (1999), « L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé », *Sciences sociales et santé*, Vol 17, n°3, pp : 67-93.

DelVecchio Good MJ (1985), « Discourse on physician competence », in Hahn & Gaines (dir.), *Physician of Western Medicine*, Reidel Publishing Company, pp : 247-267.

Dourgnon P., Guillaume S., Naiditch M., Ordonneau C. (2007), « Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme », *Question d'économie en santé*, n°124.

Dowrick C., May C., Richardson M., Bundred P. (1996), «The biopsychosocial model of general practice : rhetoric or reality ?», *British Journal of General Practice*, 46 , pp: 105-107.

Fernandez G. (2000), «La place du médecin de famille dans la pluralité des recours thérapeutiques. Le point de vue des usagers », in Cresson G, Schweyer F-X. (dir.), *Les Usagers du système de soins*, Rennes, ENSP, pp : 271-293.

Hardy-Dubernet A.C. (2003), « L'internat de médecine ou la formation par la concurrence ». In Cresson G., Drulhe M., Schweyer F-X. (dir.), *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Rennes, ENSP, pp : 75-88.

Jaisson M. (2002), « L'honneur perdu du généraliste », *Actes de la recherche en sciences sociales*, pp : 31-35.

Lapeyre N., Le Feuvre N. (2005), « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, n°1, pp. : 59-81.

May C., Dowrick C., Richardson M. (1996), “The confidential patient : the social construction of the therapeutic relationships in general medical practice”, *Sociological Review*, 44, 2, pp: 187-203.

Merton R., Reader G., Kendall P. (1957), *The student physician : introductory studies in the sociology of medical education*, Cambridge, Harvard University Press.

Peneff J. (2005), *La France malade de ses médecins*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond.

Saillant F., Gagnon E. (2003), *De la dépendance à l'accompagnement. Soins à domicile et liens sociaux*, Québec, PUL/L'Harmattan.

Schweyer F.X., Levasseur G., Gardin G. (2005), *Les non adhérents aux réseaux de santé*, Rapport de recherche LAPSS, Université de Rennes 1.

Schweyer F.X., Levasseur G., Pawlikowska T. (2002), *Créer et piloter un réseau de santé*, Rennes, ENSP.

Strauss A. (1992), *La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme*, textes réunis par Baszanger I., Paris, L'Harmattan.

Vega A. (2001), « Les relations humaines dans le travail » in *Les relations de service*, Toulouse, Octares, pp :111-200.

Vilbrod A. (2003), « Infirmiers libéraux et médecins généralistes : dit et non-dit d'une coopération sous tension », in Cresson G., Drulhe M., Schweyer F-X. (dir.), *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Rennes, ENSP.