



Communication et organisation

HS N°1 | 1994

Communication et hôpital – Analyse et diagnostic

Difficulté de communication et hôpital

Jean Claude Cuyot



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/communicationorganisation/2982>

DOI : [10.4000/communicationorganisation.2982](https://doi.org/10.4000/communicationorganisation.2982)

ISSN : 1775-3546

Éditeur

Presses universitaires de Bordeaux

Édition imprimée

Date de publication : 1 mai 1994

ISSN : 1168-5549

Référence électronique

Jean Claude Cuyot, « Difficulté de communication et hôpital », *Communication et organisation* [En ligne], HS N°1 | 1994, mis en ligne le 27 mars 2012, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/communicationorganisation/2982> ; DOI : [10.4000/communicationorganisation.2982](https://doi.org/10.4000/communicationorganisation.2982)

Ce document a été généré automatiquement le 19 avril 2019.

© Presses universitaires de Bordeaux

Difficulté de communication et hôpital

Jean Claude Cuyot

La communication : un enjeu de santé

- 1 COMMUNICATION, « le mot est à la mode, souligne Raymond BOUDON, la chose est parée de toute les vertus, politiques, sociales, cognitives ». Mais, comme il le précisait dans un article intitulé « petite sociologie de l'incommunication », le meilleur service à rendre à la cause de la communication, c'est peut-être d'en rappeler les difficultés, de manière à mieux les traiter »¹. C'est la principale justification du propos que je voudrais tenir ce matin devant vous.
- 2 Appréhender les difficultés de communication que les acteurs de santé - y compris le malade - peuvent avoir à surmonter dans l'expérience de l'hospitalisation, suppose en premier lieu que l'on prenne la mesure de l'enjeu communicationnel². Bien que nous ne soyons pas particulièrement spécialisés en sociologie de la communication, cet enjeu communicationnel, nous avons souvent eu l'occasion de l'étudier dans le cadre des recherches de notre Laboratoire de Sociologie de la Santé. Je pense, en particulier, à ce programme où nous nous sommes demandés pourquoi il y avait des malades à l'hôpital. Question difficile que nous avons traitée en partie sur le thème de la communication. Communication entre le médecin de ville et son patient, entre le médecin de ville et son confrère hospitalier, entre le malade hospitalisé et le personnel de l'hôpital³. Il existe bien des raisons pour lesquelles, un malade peut être hospitalisé. Mais, ce n'est pas seulement parce qu'il est malade que la gravité de sa pathologie relève de ce type de prise en charge, c'est aussi en fonction des structures communicationnelles dans lesquelles s'inscrivent les décisions des responsables de l'hospitalisation. Un deuxième programme de recherche portant sur la décision d'achat de matériel endoscopique fut également l'occasion pour nous d'aborder cette question de la communication en milieu hospitalier en procédant à une analyse des difficultés relationnelles qui apparaissent entre l'administration hospitalière et le corps médical dans les procédures d'investissement et d'organisation⁴. C'est en me référant, en particulier, à ces deux programmes de recherche que je vous

propose quelques pistes de réflexion sur ce thème de la communication à l'hôpital. Cet enjeu communicationnel et les difficultés qui en découlent peut s'analyser à plusieurs niveaux :

- 3 - celui de l'organisation hospitalière proprement dite,
- 4 - celui des relations entre l'hôpital et son environnement extérieur,
- 5 - celui des relations entre les médecins et les malades.

La communication : un enjeu organisationnel pour l'institution hospitalière

- 6 Évoquer les difficultés de communication au niveau de cet enjeu organisationnel hospitalier nous conduit inévitablement à un constat de fond sur un changement que Jean-Marie CLEMENT qualifie à juste titre de « rupture conceptuelle⁵ » ; rupture conceptuelle qui accompagne la transformation d'une pratique artisanale de la médecine à une stratégie industrielle d'une production des soins. Pour les médecins, cela implique une rupture culturelle au niveau même du sens de leur activité : être médecin, c'est moins soigner à proprement parler que diagnostiquer et pronostiquer ; être médecin dans ce cadre, c'est également s'impliquer dans une logique d'organisation et de gestion pratiquement absente de la formation initiale. En définitive, au terme de cette rupture, c'est moins la relation médecin-malade qui fonde la pratique professionnelle que le rapport au savoir sur la maladie et à une maîtrise de l'outil technique permettant de la traiter. Pour les administrateurs, cette rupture s'inscrit dans le passage d'une gestion traditionnelle des services généraux à un management de l'ensemble de l'organisation et à la mise en place d'une logistique d'organisation fonctionnelle et spécialisée, tout à la fois décentralisée et planifiée. Passage du directeur de la blanchisserie à l'ingénieur d'un système industriel économiquement rentable et financièrement conforme aux exigences budgétaires. Cette rupture conceptuelle génère bien des malentendus, des tensions, des conflits et des communications plus ou moins dysharmoniques entre les acteurs, qu'ils soient médecins ou administrateurs.
- 7 Ces acteurs ne peuvent effectivement communiquer qu'à la condition d'avoir les mêmes références conceptuelles, à conditions de partager la même culture, de participer au même mouvement de modernisation de l'institution. À ce niveau, il existe effectivement bien des malentendus, ou même, si l'on veut, des non-entendus. Au sein même du corps médical, des clivages s'observent entre, d'un côté, les partisans de la clinique traditionnelle, qui restent profondément attachés à une pratique médicale fortement individualisée, celle qui caractérise encore bien des services de médecine interne, et, de l'autre côté, les promoteurs d'une techno-structure médicale hyper-spécialisée. Dans le premier cas, nous sommes en présence de médecins attachés à une sorte de patrimonialité du service hospitalier qui représente un territoire autonomisé, où l'information est sauvegardée par une éthique du secret plus ou moins affirmée. Dans le deuxième cas, la logique technocratique impose tout à la fois une spécialisation des rôles, des savoirs, mais aussi une concentration des moyens donc un rapport plus collégial à l'outil de travail. Il faudrait, ici, rappeler la question de l'éclatement de l'acte médical⁶ ou encore reprendre tous les débats qui ont nourri le projet de création du département hospitalier. Les discussions qui entourent le projet de définition des groupes homogènes de malades et la création d'une gestion informatisée des pathologies - le PMSI - sont

également révélatrices des difficultés de communication qui peuvent naître des contradictions inhérentes à ces différents modèles de pratique médicale et administrative qui appartiennent à des registres culturels profondément différenciés.

- 8 Les difficultés de communication dans ce domaine s'observent entre les producteurs de soins selon leurs normes de référence, elles divisent aussi les acteurs administratifs selon la conception qu'ils se font de leur rôle dans l'organisation. Mais, les clivages les plus importants se trouvent probablement entre le corps médical et les responsables de l'administration hospitalière. Ici, la communication peut concerner des objets aussi différents que la consommation des produits pharmaceutiques, l'achat de matériel, la gestion des dossiers des malades, la politique du personnel, la sauvegarde du quota de lits d'hospitalisation. Quelle que soit la nature de l'objet, ces deux lignes de pouvoir et de culture que représentent la rationalité médicale et la rationalité administrative, ne se trouvent pas naturellement en synergie. Dans certains cas, pour éviter le conflit, et lorsque l'enjeu financier ne paraît pas important, la communication s'oriente vers une stratégie d'évitement, une stratégie de la non communication. Du côté de l'administration, on ne dira pas « non » à une demande, principalement dans le cas où elle ne paraît pas justifiée, on se contentera de laisser le courrier sous le coude en espérant que le temps de l'attente d'une réponse sera dissuasif. C'est, en particulier, ce que nous avons constaté dans notre recherche sur les procédures d'achat d'endoscopes au CHU. Dans cette affaire de communication, l'importance des difficultés se mesure à l'aune de la quantité d'informations dont peuvent disposer les services économiques de l'hôpital ; mais elle dépend aussi de l'attitude des médecins eux-mêmes et de la représentation qu'ils ont de la tutelle administrative. Cette étude à laquelle nous faisons allusion, a permis de dégager trois types de médecins qui se distinguent par le style de relations qu'ils nouent avec cet environnement administratif : le médecin libéral, le médecin bureaucrate, le médecin technocrate. C'est dans le premier et le troisième cas que l'intercommunication s'établit le plus difficilement. Dans le premier, parce qu'il existe une opposition fondamentale entre la culture et la stratégie des partenaires de la négociation. À ce niveau, la stratégie est défensive : il s'agit seulement de préserver le territoire. Dans le troisième, les personnes adoptent le même cadre de référence que celui de l'administration, mais elles ont une stratégie offensive pour la conquête d'une position forte dans le jeu décisionnel de l'ensemble du système. Peuvent alors se manifester des difficultés de communication liées à un conflit de pouvoir et d'autorité qui a pour enjeu la maîtrise de l'ensemble de l'organisation par l'un ou l'autre acteur. C'est seulement dans le second cas que la communication posera le moins de problèmes dans la mesure où les personnes, animées par un esprit bureaucratique, acceptent plus volontiers les règles administratives quand celles-ci leur apparaissent rationnellement fondées. Le consensus s'établit alors sur la base d'une recherche de conformité à la norme administrative.

L'hôpital : un enjeu de communication entre médecins de ville et médecin hospitalier

- 9 L'hôpital apparaît également comme enjeu relationnel entre médecins de ville et médecins hospitaliers. Soulignons, ici, que le système hospitalier, en effet, se trouve très largement dépendant d'un environnement décisionnel qui s'impose à lui de l'extérieur. Dans la majorité des cas, la décision d'hospitalisation, le choix du service hospitalier sont le fait des médecins de ville : cette référence à la médecine de ville est incontournable

pour qui veut comprendre ce qui se passe à l'intérieur même de l'organisation hospitalière. Bien des difficultés sur lesquelles reposent implicitement les interactions et les échanges entre les acteurs de soins qui travaillent dans ce type d'organisation sont à découvrir dans ce rapport entre médecine de ville et médecine hospitalière.

- 10 En clair, les problèmes de communication que l'on rencontre dans les établissements peuvent, en partie, s'expliquer par une analyse des relations plus ou moins confraternelles que les médecins hospitaliers entretiennent avec leurs collègues de médecine de ville et réciproquement. Comme nous le faisait remarquer un généraliste évoquant ses collègues hospitalo-universitaires, *« l'hôpital c'est la « Mecque » »*. S'il n'y a pas dans ce domaine, de véritable guerre de religion, en revanche, il existe des relations hiérarchiques qui ne sont pas toujours confraternelles, du moins au niveau des discours. Nous sommes frappés, dans ce monde hospitalier et dans l'ensemble du système sanitaire, de l'importance des relations verticales qui parasitent tout effort de communication collégiale de nature transversale.
- 11 Ce constat de relations confraternelles le plus souvent difficiles, se fait en particulier au niveau des relations entre les médecins généralistes et les hospitaliers. Mais il ne doit pas faire oublier qu'il n'y a pas absence totale d'envois de malades à l'hôpital. La pratique de la médecine générale oblige, en effet, le généraliste à travailler en collaboration avec un spécialiste hospitalier en cas de nécessité d'hospitalisation. De nombreuses variables interviennent pour justifier les décisions d'hospitalisation du médecin généraliste : le caractère souvent probabiliste de son diagnostic et de son pronostic, son impossibilité de disposer d'une parade thérapeutique à coup sûr gagnante dans de nombreux cas, son obligation de tenir compte de son environnement médical, économique et social lorsqu'il élabore ses stratégies thérapeutiques et enfin, la dimension subjective des stratégies des acteurs, celle du médecin, certes, mais aussi, celle du malade qui influence l'orientation des choix du prescripteur.
- 12 C'est ainsi que se crée alors la nécessité pour le généraliste de construire des réseaux hermétiques de confrères hospitaliers avec lesquels, et seulement avec ceux-là, il aura des contacts professionnels harmonieux. *« J'ai quand même des hospitaliers avec qui je travaille et on a de bons rapports »*. On rejoint la représentation qu'E. FREIDSON donne de la profession médicale : une juxtaposition de petits cercles de médecins intérieurement homogènes et déconnectés les uns des autres⁷ Ces réseaux que le généraliste construit avec quelques hospitaliers sont toutefois peu solides car peu utilisés. Ils permettent cependant de conserver une impression d'harmonie dans le corps médical et garantissent aux généralistes une soupape de sécurité face à un besoin d'hospitalisation. En dehors de ces réseaux, c'est plutôt l'hostilité et le mépris qui règnent. *« C'est toujours pareil. Avec ceux qu'on commit, on a de bonnes relations, Ceux qu'on connaît pas... Il n'y a pas de problème car en général on choisit celui à qui on envoie. Mais c'est vrai que quelquefois on reçoit des lettres... »*
- 13 Comment se constituent ces réseaux qui relient le généraliste à l'hospitalier ? Cette construction se base sur une ambivalence. D'une part, les omnipraticiens reconnaissent les compétences médicales de leurs confrères hospitaliers et la valeur des moyens dont ils disposent à l'hôpital. Le CHU apparaît tout à la fois comme un rassemblement indissociable et indispensable de moyens techniques, humains et scientifiques, comme un lieu de compétences où les médecins sont érigés en experts et comme un îlot de confort et de sécurité pour le malade. Mais, d'autre part, le généraliste développe simultanément un sentiment de frustration à l'égard de son confrère hospitalier. Son désir de travailler en collaboration avec lui est, en effet, limité par le mépris que celui-ci lui porterait bien

souvent : l'envoi d'un malade à l'hôpital est rarement suivi, selon lui, d'un dialogue ou d'un échange d'informations. Entre ces deux types de thérapeutes la construction de réseaux se fait donc bien souvent par la négation, à savoir la mise à l'écart du généraliste.

L'hôpital, un enjeu de communication entre le corps médical et les patients hospitalisés

- 14 Dans cette expérience de l'hospitalisation, la communication a une finalité sociale et économique, informative et organisationnelle. Mais, elle s'inscrit également au cœur même du processus thérapeutique ; elle est un élément constitutif de l'action de santé, de la santé elle-même pourrait-on dire. C'est bien cela qui, dans ce cadre particulier, donne à la communication une signification tout à la fois singulière et fondamentale. Ici, la communication joue un double rôle instrumental et existentiel. Instrument de soins, elle est aussi l'expression même de la santé, c'est-à-dire de l'identité des malades. J'ajouterais que c'est précisément parce qu'elle est l'expression même de la santé et de l'identité des malades qu'elle peut aussi devenir un instrument de soins, un outil thérapeutique efficace.
- 15 - l'hôpital, un enjeu de communication pour le médecin de ville et le son patient.
- 16 Quelle que soit la visibilité scientifique que l'on peut acquérir sur l'état de santé d'un malade, ce dernier ne peut être réduit à « un objet susceptible d'une manipulation univoque de la part de l'appareil de soins⁸ ». On ne peut le réduire à sa réalité organique ou à la structure psychiatrique de sa personnalité. Il existe comme sujet, tout comme le médecin lui-même à qui il confie ses problèmes de santé. « Or le médecin dont nous parlons, écrit Lucien ISRAEL, n'est précisément pas une machine logique, mais un être de chair et de sang, comme son patient... Il s'agit aussi de la rencontre de deux subjectivités, ce qui peut aussi signifier de deux cultures, deux morales, deux partis pris, deux frustrations ». Ainsi, la décision d'hospitalisation s'effectue dans le contexte psychologique d'une négociation rendue nécessaire par cette rencontre. La décision appartient, sans doute, principalement au médecin, c'est-à-dire à celui qui, du fait de son autorité légalement reconnue, peut lui conférer une légitimité technique. Son orientation, son contenu dépend de sa formation scientifique et professionnelle, de sa personnalité. Mais elle s'inscrit également dans une situation où la stratégie du malade vient interférer avec celle du médecin. » Le malade décide avant vous, souligne avec amertume un généraliste... *Il sait tout le malade !..* Depuis qu'il y a la télévision, ils sont devenus tous intelligents, ils savent tout. Alors nous décidons de moins en moins ». Formule un peu rapide sans doute, mais elle témoigne de cette présence du patient dans le processus de décision. Présence diffuse, explicite ou implicite, plus ou moins effective selon le milieu social auquel appartient le patient, elle se manifeste selon son degré d'autonomie, son expérience individuelle de la maladie et de la médecine, son attitude vis à vis d'une utilisation consumériste des services médicaux.
- 17 Rencontre entre deux subjectivités, entre deux frustrations ? C'est, sans doute, à ce niveau, que l'on peut évoquer à propos du malade hospitalisé une première série de difficultés : celles qui proviennent des médecins de ville dans le rapport qu'ils entretiennent avec leurs malades. Dans les propos d'un médecin que nous venons de citer, on perçoit bien que l'incommunication probable entre le thérapeute et son patient naît d'un conflit de pouvoir ; pour le médecin, l'information donnée au malade, celle en

particulier, qu'il reçoit en dehors du colloque singulier, risque dans certains cas de mettre en cause sa légitimité professionnelle. Plus grande est l'incertitude sur l'étiologie de la pathologie en cause, plus les difficultés du dialogue risquent de parasiter les relations médecin-malade. Ces problèmes de communication, que l'on rencontre également à l'hôpital, existent au niveau du colloque singulier en médecine de ville. Nous avons même constaté que l'incompréhension entre le médecin de ville et son patient pouvait constituer dans certains cas un motif d'hospitalisation ; l'hôpital devenant à ce moment un moyen utilisé pour imposer à des clients difficiles une discipline thérapeutique. Exemple d'un malade qui refuse de prendre au sérieux ce que dit son médecin, Ce dernier nous confie. « *C'était un malade hypertendu... qui ne me croyait pas. J'ai essayé de le soigner... Chaque fois : échec... Il me fait une grande confiance, mais il avait besoin de ça, besoin de quelqu'un et de préférence de plus titré que moi* » Al'extrême, la décision d'hospitalisation peut avoir pour objectif essentiel de dégager le médecin traitant d'une relation avec le malade qui devient psychologiquement ingérable... « *c'est une malade que je qualifierais de coriace, jamais contente, il y a toujours quelque chose qui va de travers. Dans ce cas, je n'avais pas médicalement de problème, par contre, elle m'embêtait... L'hôpital est un moyen de pression de ma part.* » Ce médecin précise que, dans le suivi de cette patiente, le recours à l'hôpital reste un moyen de contention psychologique : « *Si vous continuez à m'embêter pour des rien, je vous fais repartir à l'hôpital pour vous examiner... Peut-être garde-t-elle une secrète crainte maintenant elle est cadrée* ». Ici, l'hôpital est bien un enjeu de communication entre le praticien de ville et son patient, un outil de gestion de la clientèle... Quelles peuvent être les conséquences pour le système hospitalier lui-même de ce type de stratégie du médecin de ville ? Tout dépend ici de l'accueil dont le malade peut bénéficier à son entrée à l'hôpital et de l'attitude des médecins hospitaliers eux-mêmes... Tout dépend également de la capacité sociale et culturelle du patient à faire reconnaître son identité dans ce type d'institution. Mais ce que l'on peut dire d'emblée c'est que cette image de la fonction hospitalière ne correspond pas pour le moins à la représentation d'une institution à laquelle on prête volontiers le statut d'un temple de la technique et du progrès scientifique. Ce décalage entre rationalité technique et rationalité psycho-sociologique n'est-il pas source de malentendus ? C'est bien, en tout cas, ce qui apparaît à tort ou à raison - nous ne sommes pas compétents pour en juger - dans l'accusation portée à rencontre des hospitalisations dites « abusives ».

- 18 - l'hôpital, un enjeu de communication entre le malade et le médecin hospitalier.
- 19 Une fois hospitalisés, les malades se trouvent médicalisés dans une structure de soins dans laquelle ils font l'expérience d'une double dépendance : dépendance à l'égard d'un encadrement médical collectif, dépendance à l'égard d'une logique administrative relativement contraignante. Par rapport au colloque singulier avec le médecin traitant, il s'agit là d'une situation tout à fait spécifique où l'hospitalisé perd une partie du pouvoir de négociation dont il pouvait disposer dans une relation de clientèle individualisée. C'est probablement à ce niveau que des difficultés de communication avec les prestataires de soins se manifestent. Les malades non seulement se trouvent dans un environnement organisationnel dont ils connaissaient peu les modes de fonctionnement et d'organisation, mais encore ils se trouvent en présence d'une multiplicité d'interlocuteurs plus ou moins spécialisés en fonction de leur rôle et de leur statut.
- 20 Sans entrer dans le détail des diverses interactions observables à ce niveau, deux observations sont à faire : l'une est simple, la plupart des malades sont en quête d'informations médicales et sociales qui leur permettraient de comprendre le sens de leur

expérience de la maladie, de gérer leur angoisse. Ce fait est suffisamment reconnu pour que nous n'insistions pas sur ce point.

- 21 En revanche, il serait utile de souligner que, quand bien même les prestataires de soins seraient disponibles pour fournir de l'information, toutes les difficultés ne seraient pas aplanies pour autant. Encore est-il nécessaire de bien comprendre l'orientation de la demande, la nature et la forme du message attendu. Si tous les malades sont demandeurs d'informations, leur quête d'informations ne s'inscrit pas nécessairement dans des registres standardisés. Tout dépend ici de leurs représentations de la maladie et de la médecine. Certains malades, en fonction de leurs référents culturels et sociaux peuvent être particulièrement sensibles à une information de nature technique et scientifique. En général, ce sont ceux-là qui posent le plus de questions et dont la communication avec le corps médical risque d'être en apparence la plus problématique. Mais, en apparence seulement dans la mesure où il s'agit de personnes qui disposent de ressources culturelles suffisantes pour entrer dans une négociation qui peut leur donner en partie satisfaction. Pour celles-ci, lorsque le médecin accède à la demande, nous sommes en présence d'un dialogue consensuel « *il m'a tout expliqué, dit la malade, il m'a même fait un dessin...* » Pour d'autres malades, moins favorisés, le demande d'information porte moins sur le sens technique de la maladie, que sur la gestion de leur corps dans le processus thérapeutique. Ces derniers ne mettent pas en cause la science médicale « le médecin, il sait ce qu'il fait »...
- 22 Ils ont simplement le désir d'affirmer leur identité en comprenant le sens de l'organisation du travail hospitalier... La question importante étant, en particulier, de savoir quand on va pouvoir sortir. Les difficultés de communication sont à la mesure de la capacité des soignants de s'adapter à la demande du malade ; elles sont donc de deux ordres : premièrement donner de l'information et savoir secondement quel type d'information donner.

Hospitalisation et « consentement éclairé »

- 23 De toute évidence, une telle approche de la communication implique de notre part une certaine idée de la santé et de la maladie et singulièrement de la santé et de la maladie des malades hospitalisés. Mon intention n'est pas ici de proposer une nouvelle définition de la santé. Mais, partant de l'idée qu'être en bonne santé, c'est d'abord « être bien dans sa peau », le rapprochement santé et identité s'impose. Promouvoir et protéger cette identité ou cette santé, cela suppose que l'on dispose de ressources, de ressources matérielles, culturelles, mais également de ressources communicationnelles.
- 24 Il nous est parfois arrivé de demander à tel médecin, chef de service, s'il y avait des malades en bonne santé ? La remarque est iconoclaste mais le paradoxe qu'elle exprime a peut-être un sens. Un malade ou un mourant sans doute se trouve-t-il dans les pires conditions pour accéder à une communication authentique. Mais cela n'entame en rien la nécessité pour lui et pour ceux qui le prennent en charge de préserver toutes les conditions minimum qui leur donnent, en droit et en fait, à tout être humain la liberté d'exprimer son identité : liberté d'être un sujet à part entière dans l'expérience de la maladie et de la mort. Si la santé, c'est d'abord la possibilité d'exister comme sujet, alors la condition nécessaire pour que les consommateurs de soins hospitaliers recouvrent leur autonomie, c'est non seulement de pouvoir bénéficier d'une information, mais encore d'être en mesure de la comprendre : en d'autres termes et, pour aller vite, il convient que

leur rapport à l'hôpital s'établit sur la base d'un consentement éclairé. C'est la base objective permettant d'établir un rapport entre démocratie et santé. En définitive, c'est en ces termes que l'on peut éclairer les difficultés de communication à l'hôpital.

- 25 Consentement éclairé, santé et démocratie. En fait, c'est moins la communication qui devrait mobiliser notre capacité de réflexion que la question de l'information. La communication est un moyen au service de l'information et de la personnalité de l'interlocuteur. Et si les motivations existent pour atteindre cet objectif, parions que les difficultés de communication seront aplanies.

NOTES

1. BOUDON (R) « Petite sociologie de l'incommunication », Hermès 4, Paris, CNRS, 1991, p53
2. Le terme « enjeu » est à prendre ici dans sa double signification des ressources mobilisées (ce que l'on met en jeu) et du bénéfice escompté (la finalité de la communication)
3. GUYOT (J.C), Le malade, l'hospitalisation et son médecin traitant, Bordeaux, recherche réalisée avec la collaboration de Claude RIOUAL, Laboratoire de Sociologie de la Santé, MSI LA, 1984
4. BERTERRETICHE (S), VEDELAGO (F), les décisions d'investissement en matériel endoscopique dans les unités hospitalières, Bordeaux, MSI LA, 1983.
5. CLEMENT (J-M.). « L'hôpital, une rupture conceptuelle ». Revue Sociologie-Santé, Bordeaux, MSHA, 1993, n° 8.
6. CHAUVENET (A), « La qualification en milieu hospitalier ». Revue Sociologie du Travail, avril-juin 1973
7. FRIEDSON (E.), La profession médicale, Paris, Payot, 1984
8. GUYOT (J.C.), -La décision d'hospitalisation », Revue Sociologie-Santé, Bordeaux, MSHA, n°5, 1991.

AUTEUR

JEAN CLAUDE CUYOT

Professeur de Sociologie, Université de Bordeaux 2