



CAIRN.INFO
Chercher, repérer, avancer.

LE MÉDECIN, SON PATIENT ET SES PAIRS

Une nouvelle approche de la relation thérapeutique

Patrick Castel

Presses de Sciences Po | *Revue française de sociologie*

2005/3 - Vol. 46
pages 443 à 467

ISSN 0035-2969

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-francaise-de-sociologie-2005-3-page-443.htm>

Pour citer cet article :

Castel Patrick, « Le médecin, son patient et ses pairs » Une nouvelle approche de la relation thérapeutique,
Revue française de sociologie, 2005/3 Vol. 46, p. 443-467.

Distribution électronique Cairn.info pour Presses de Sciences Po.

© Presses de Sciences Po. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Patrick CASTEL

Le médecin, son patient et ses pairs

Une nouvelle approche de la relation thérapeutique*

RÉSUMÉ

Les travaux relatifs à la relation thérapeutique ont jusqu'alors négligé un élément décisif : les relations entre médecins. Le cas de la cancérologie révèle que l'attention portée à ces relations est susceptible d'apporter un nouvel éclairage à la compréhension de la relation thérapeutique. En particulier, la concurrence entre médecins sur l'activité et sur la définition du bon traitement représente une incertitude supplémentaire majeure pour chaque médecin dans sa tentative de maîtriser la relation avec son patient. Dès lors, les stratégies médicales d'organisation et de réorganisation locale de la prise en charge peuvent s'analyser comme des tentatives de réduction de cette incertitude. Réciproquement, la relation au patient n'a pas pour seule fin la guérison mais constitue aussi un autre moyen de maîtriser cette incertitude et, consécutivement, d'améliorer les relations thérapeutiques futures : le patient est pour le médecin un moyen d'obtenir de l'information sur les comportements de ses pairs et un moyen d'échange pour entretenir des relations privilégiées avec certains d'entre eux.

L'étude de la relation thérapeutique est un thème central de la sociologie médicale, au même titre que l'est celle des relations qu'entretiennent les médecins avec le personnel paramédical d'une part et les gestionnaires du système de santé (autorités de régulation et gestionnaires d'établissements) d'autre part. Une problématique a dominé ce type d'étude : l'évaluation de l'autorité des médecins face aux patients, c'est-à-dire, si l'on retient la définition de l'autorité donnée par Boudon et Bourricaud (1982), quelles sont les chances que l'avis du médecin soit accueilli et suivi par son patient « avec respect, faveur, ou du moins sans hostilité ni résistance » (p. 32) et, le cas échéant, sur quoi repose cette autorité ?

Les contributions classiques à la sociologie médicale ont avancé différents éléments d'analyse pour tenter d'expliquer les caractéristiques de la relation thérapeutique et ses évolutions. Trois d'entre elles s'inscrivent plus largement dans une perspective de sociologie des professions (1). Parsons (1951)

* Ce texte a grandement bénéficié des remarques et des critiques de Sébastien Dalgalarondo, de Erhard Friedberg et du comité de lecture de la revue, qu'ils trouvent ici l'expression de mes remerciements.

(1) On remarquera que toutes trois, bien

que proposant des cadres d'analyse substantiellement différents, ont en commun d'accorder une grande importance à l'examen de la nature des savoirs et savoir-faire maîtrisés par les médecins pour expliquer leur position face aux patients.

analyse la relation thérapeutique comme structurellement asymétrique en faveur du médecin. Cette asymétrie est due d'une part au savoir exclusif du médecin et d'autre part à l'état de stress du patient, qui est déstabilisé et s'en remet en conséquence au médecin. Dans cette perspective, la compréhension de la relation thérapeutique passe par l'analyse du système normatif (la déontologie médicale, mais plus généralement, les droits et devoirs des deux principaux protagonistes) qui a pour fonction d'éviter que les patients soient abusés par les médecins du fait de leur situation de dépendance. Les deux approches suivantes sont une critique de l'approche parsonnienne – et plus généralement des approches fonctionnalistes. Pour Freidson (1970, 1984), qui relativise le caractère altruiste des médecins mis en avant par son aîné, l'élément structurant de la « domination médicale » est la maîtrise des institutions par la profession qui, en s'organisant, a su défendre les intérêts des médecins. En particulier, elle a pu imposer aux autres acteurs du système de santé la définition du savoir légitime, limiter les acteurs qui pouvaient revendiquer son usage et empêcher toute évaluation externe des pratiques médicales (2). Enfin, Abbott (1988) est celui qui a poussé le plus loin l'analyse du système de connaissances (savoir et savoir-faire) professionnel, en en faisant le nœud du plus ou moins grand contrôle de leur travail par les professions. Le caractère abstrait du système de connaissances, mais aussi la capacité d'adaptation des prescriptions, issues de l'application de ces connaissances, aux préférences des clients sont des éléments centraux expliquant le maintien de sa juridiction par une profession.

Strauss (1992) s'inscrit, quant à lui, dans une perspective interactionniste. Ses analyses conduisent à une critique du concept de « profession médicale », insistant sur les différences (les « segments ») à l'intérieur même de la profession (Bucher et Strauss, 1961), et relativisent fortement l'autorité dont bénéficient les médecins face à leurs patients (Strauss, 1992). « L'ordre est négocié » au jour le jour entre les différents participants à la prise en charge (3). Le médecin n'a pas de position dominante. Les malades, et leurs familles en particulier, tiennent un rôle crucial et structurant sur la trajectoire de la maladie.

Malgré l'apport indéniable et maintes fois souligné de ces différentes contributions, un élément décisif de la relation médecin-patient a été négligé : les relations entre médecins au cours de la prise en charge des patients. Le cas de la cancérologie, exposé ici (4), révèle en effet que l'attention portée à ces

(2) Une analyse assez proche se retrouve chez Starr (1982). Selon cet auteur, les médecins américains sont parvenus à obtenir une légitimité dans le système de santé en accroissant la cohésion à l'intérieur de leur groupe et vis-à-vis de l'extérieur, en s'élevant en profession, en même temps que la recherche médicale obtenait ses premiers succès.

(3) En France, les travaux de Baszanger (1986, 1995) s'inscrivent explicitement dans ce cadre d'analyse.

(4) Dans le cadre d'une recherche menée

depuis 1999 sur l'organisation de la lutte contre le cancer en France, quatre régions ont fait l'objet d'études empiriques approfondies, à partir de la conduite de plus de 250 entretiens semi-directifs. Dans une région, ces entretiens se sont accompagnés d'observations menées d'une part dans les réunions où les recommandations de pratiques médicales régionales sont élaborées et d'autre part dans celles où des décisions thérapeutiques sont prises collectivement par plusieurs médecins.

relations fournit un nouvel éclairage à la compréhension de la relation thérapeutique. D'abord, la concurrence entre médecins sur l'activité et sur la définition du bon traitement apparaît comme une incertitude supplémentaire majeure pour chaque médecin dans sa tentative de maîtriser la relation avec son patient. Ensuite, les tentatives de certains médecins pour organiser et réorganiser localement la prise en charge peuvent s'analyser comme des stratégies pour réduire cette incertitude et ainsi mieux maîtriser la relation thérapeutique. Enfin, de façon systémique, la relation au patient n'a pas pour seule fin la guérison mais constitue aussi un autre moyen de maîtriser cette incertitude et, consécutivement, d'améliorer les relations thérapeutiques futures : le patient est pour le médecin un moyen à la fois d'obtenir de l'information sur les comportements de ses pairs et d'entretenir par l'échange des relations privilégiées avec certains d'entre eux.

Facteurs de fragilisation de l'autorité médicale

Comme d'autres analyses l'ont démontré, l'évolution de la figure du patient dans le système de santé, le caractère partiellement indéterminé de l'évolution de la maladie et la possible intervention d'autres acteurs au cours de la prise en charge – patients, proches, personnels paramédicaux – représentent des incertitudes susceptibles d'affaiblir l'autorité du médecin face à son patient. Cependant, une autre incertitude majeure, négligée celle-là, réside dans la nature des relations locales entre les médecins eux-mêmes, cette incertitude renforçant les facteurs précédemment cités.

Une évolution de la figure du patient

Il est tout à fait possible d'appliquer au cancer certaines analyses concernant l'évolution de la figure du patient dans les systèmes de santé occidentaux. Les médecins qui participent à la lutte contre le cancer eux-mêmes partagent généralement la perception que la nature des relations avec les patients est en train de changer. Plusieurs éléments concourent à cette évolution. Il n'est pas question ici de tenter de les hiérarchiser ou même d'établir des corrélations entre eux ; nous nous contenterons de les énumérer.

Une première évolution est liée à la réglementation qui, depuis la fin des années quatre-vingt, tend à accorder de plus en plus de droits aux patients dans le système de santé français (Amar et Minvielle, 2000 ; Guillaume-Hofnung, 2003). La cancérologie est bien évidemment concernée par cette évolution. La dernière en date, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a marqué une nouvelle étape avec, en particulier, l'accès direct au dossier médical par les patients et la recherche du consentement en toutes circonstances. Si les médecins prenant en charge des patients atteints de cancer sont divisés quant à l'appréciation de son

opportunité – certains estimant que cela insinue d'emblée le doute dans l'esprit des malades sur leurs compétences, alors que d'autres considèrent cette évolution comme moralement fondée –, tous se rejoignent sur l'appréciation de la prudence dont ils doivent faire preuve désormais dans la tenue du dossier médical et dans l'annonce du diagnostic et du pronostic. En effet, cette formalisation accrue des droits des malades est perçue comme fragilisant leur position. Elle leur apparaît comme d'autant plus menaçante qu'elle s'inscrit dans un contexte où les recours juridiques des patients contre leurs médecins sont de plus en plus nombreux.

Une autre évolution du système de santé est la mobilisation croissante des malades – le plus souvent via des associations les représentant – pour intervenir davantage dans la définition et la résolution des problèmes de santé qui étaient autrefois l'apanage des médecins ou des scientifiques. Le sida (Epstein, 1996 ; Barbot, 2002 ; Dalgarrondo, 2004 ; Dodier, 2004) et la myopathie (Rabeharisoa et Callon, 1999 ; Callon, Lascoumes et Barthe, 2001) ont fourni des exemples de telles mobilisations. Le secteur de la cancérologie a été marqué pour sa part par les 1^{ers} États généraux des malades, organisés en 1998 par la Ligue Nationale Contre le Cancer, une des principales associations représentant les malades. Les vives critiques exprimées par les patients à l'encontre du corps médical et de l'État lors de ces États généraux ont été publiées dans un livre blanc (Ligue Nationale Contre le Cancer, 1999) auquel il est souvent fait référence par les médecins lors des entretiens. Depuis lors, la Ligue est devenue un partenaire incontournable de la politique de la lutte contre le cancer, aux côtés des représentants du corps médical, comme le démontre son implication dans les instances d'élaboration et de suivi du dernier plan national de lutte contre le cancer en 2002.

Enfin, la plupart des médecins considèrent que les patients sont mieux informés ou, plus exactement, ont accès à davantage de sources d'informations, notamment suite à l'essor des nouvelles technologies de l'information (5).

« Question : Et est-ce que certaines patientes sont informées et vous demandent...

Réponse : Oui, avec Internet... Depuis un ou deux ans, certaines patientes vont sur Internet et me disent : "J'ai lu que..." Alors, là, je sens tout de suite la méfiance. » (Entretien avec un chirurgien).

Au total, les médecins ont l'impression que les malades ont tendance à leur accorder moins spontanément leur confiance et que leur décision est susceptible d'être mise en doute, voire d'être contestée.

« J'ai un diplôme de chirurgien endovasculaire. Ce n'est pas pour faire comme Brejnev, pour avoir des médailles... Vous savez, en périphérie, on est très vulnérables. En CHU [centre hospitalier universitaire], ils peuvent faire une merde, il ne leur arrivera rien parce qu'ils sont CHU. Ici, parce qu'on est en périphérie, on est forcément des nuls. Alors que ce n'est pas vrai : il y a de tout. Il y a des dangers publics qui feraient mieux d'arrêter, mais il y a aussi des gens qui auraient pu être universitaires. Mais, pour le juge, on est forcément des nuls. Donc, on est obligés d'avoir des diplômes pour montrer : "J'ai fait ça, mais j'ai la compétence pour le faire." » (Entretien avec un chirurgien).

(5) Les forums de discussion sont un exemple étudié d'utilisation de ces nouvelles technologies par les patients (Akrich et Méadel, 2003).

Parallèlement à ces évolutions, d'autres travaux (Ménoret, 1999 ; Baszanger, 2000) ont démontré que certains éléments de la prise en charge du cancer pouvaient être éclairés par une perspective interactionniste (Strauss, 1992 ; Baszanger, 1986), puisque, de par les caractéristiques de la pathologie – maladie au long cours, avec une prise en charge lourde, et dont l'issue n'est jamais certaine –, le déroulement prévu de la prise en charge est susceptible d'être « perturbé » par l'intervention d'acteurs non médicaux (patients, proches, personnels paramédicaux) et par l'évolution non prévue de la maladie. Ainsi, par exemple, dans nos entretiens, les médecins reconnaissent ne pas toujours parvenir à convaincre le patient ou sa famille d'accepter le traitement qu'ils prescrivent. Dans ces cas, ils doivent trouver un compromis acceptable entre l'efficacité qu'ils recherchent et l'acceptabilité du patient.

« Ça arrive que, pour des décisions, il y ait des femmes qui refusent une mastectomie pour un cancer *in situ*. C'est prévu par l'arbre décisionnel : on fait de la radiothérapie, mais on leur explique que, s'il y a une rechute, ce sera une mastectomie. » (Entretien avec un chirurgien).

Concurrence et désaccords entre médecins

Malgré ces acquis, une incertitude majeure pesant sur la relation que le médecin entretient avec son patient a été négligée par ces approches : la concurrence entre médecins sur l'activité et sur la définition du bon traitement.

En premier lieu, les médecins considèrent être en situation de compétition avec un certain nombre de leurs collègues, qu'ils identifient plus ou moins précisément, pour prendre en charge des patients atteints d'un ou de plusieurs cancers donnés et habitant sur un territoire donné. Ces concurrents sont soit des collègues d'une même spécialité (chirurgiens, radiothérapeutes ou chimiothérapeutes), soit de spécialités différentes défendant leur approche thérapeutique.

« Il y a un centre de traitement à X [éloigné d'une centaine de kilomètres]. Il n'y a pas de concurrence entre nous, plutôt de la collaboration. Ce n'est pas le même "bac à sable". On essaie de voir si on ne peut pas laisser les malades plus près de chez eux. En revanche, avec la clinique Y [qui est à proximité], on est dans le même "bac à sable", donc les coups de râteau partent plus vite. » (Entretien avec un oncologue médical).

« Les problèmes sont des questions de guéguerre entre médecins, des questions de leadership et de pouvoir. Il vaudrait mieux réfléchir par rapport aux patients. Mais on a été élevés comme ça : un médecin doit avoir le plus de malades possibles et le plus de lits. » (Entretien avec un oncologue médical).

Divers ressorts de la concurrence peuvent être identifiés. D'abord, à mesure que les traitements progressent pour certains cancers (plus grande efficacité et plus grande maîtrise des effets indésirables), de nouveaux médecins, moins spécialisés, sont incités à s'investir dans la prise en charge. C'est en particulier le cas du développement croissant des traitements médicaux (les chimiothérapies), depuis les années quatre-vingt, qui ouvre la possibilité à certains spécialistes médicaux, non cancérologues, de prendre en charge

certaines cancers (gastro-entérologues, pneumologues, etc.), quitte à laisser à d'autres la prise en charge d'autres pathologies. D'une manière générale, le cancer n'est plus la maladie incurable qui, dans la première moitié du XX^e siècle, intéressait seulement les chercheurs et avait nécessité l'intervention de l'État pour inciter certains acteurs à prendre en charge ces malades (Pinell, 1992).

« La cancérologie au CHU, c'est longtemps une affaire clandestine, un peu honteuse. Historiquement, le Centre de lutte contre le cancer était noyé dans un bâtiment dégueulasse, à l'écart. Mais, comme à l'époque on ne soignait pas le cancer, tout le monde s'en moquait. » (Entretien avec un directeur général de CHU).

« C'est vrai qu'on était pédiatre avant d'être cancérologue, gastro-entérologue avant d'être cancérologue. Il y avait aussi l'enseignement qui incitait à ça. Il y a quelques années, personne ne voulait être cancérologue. Je pense que ce n'est plus vrai maintenant. Il y a un effet "cancer", quand même. » (Entretien avec un chef de service d'oncologie et d'hématologie pédiatrique).

Le mode d'allocation de ressources dans le système de santé est un autre facteur expliquant la concurrence entre médecins. Les médecins libéraux sont rémunérés à l'acte, ce qui représente une incitation évidente à accroître le nombre de patients pris en charge. Quant au secteur public, des travaux ont montré que le Programme médicalisé des systèmes d'information induit de la part des autorités de tutelle et de l'administration des hôpitaux le recours privilégié à des indicateurs simples et synthétiques tels que l'activité et le taux de remplissage des lits pour allouer certaines ressources (Moison et Tonneau, 1999) (6).

« L'ARH [Agence régionale de l'hospitalisation] a beau jeu de dire : "Il faut marcher main dans la main avec le CHU" et, dans le SROS [Schéma régional d'organisation sanitaire] : "Concentrez-vous sur le recrutement et la rentabilisation." Il y a une contradiction dans le discours. » (Entretien avec le directeur des affaires médicales d'un Centre de lutte contre le cancer).

« Le financement suit le malade [...] La difficulté est là : les établissements, ils ont un périmètre, ils ont une dimension et ils veulent la garder. Il y a une dimension territoriale. » (Entretien avec un chargé de mission dans une ARH).

Enfin, les médecins considèrent généralement que plus ils traiteront de malades, meilleures seront leurs compétences. D'une part, ils perçoivent que la répétition de prises en charge de cancers considérés comme « standards » (les formes les plus courantes de cancers du sein, du côlon, de la prostate notamment) améliore la qualité de leurs gestes techniques (par exemple, la qualité de la chirurgie) et leur capacité d'adaptation aux événements impondérables (par exemple, le repérage rapide qu'un patient tolère mal la chimiothérapie). La littérature médicale abonde en études qui soutiennent une telle représentation en établissant une corrélation entre le sort des patients et le volume d'activité des établissements ou des médecins les ayant pris en charge (7). D'autre part, accroître son activité signifie généralement accroître

(6) La tarification à l'activité, mise en place progressivement depuis 2004, ne devrait pas changer la donne, puisque le financement des établissements sera de plus en plus directement fonction de l'activité.

(7) Voir par exemple les études de Dimick *et al.* (2004), Begg *et al.* (1998) et Sosa *et al.* (1998), publiées dans des revues médicales de référence.

les chances de se confronter à d'autres cas de cancers, plus rares et plus complexes. Outre l'intérêt scientifique que cela peut représenter pour certains médecins – notamment les hospitalo-universitaires –, acquérir une expertise sur certains de ces cancers permet de se différencier au sein de la communauté médicale.

Du fait de cette concurrence et quel qu'en soit le ressort, les médecins n'ont pas naturellement confiance les uns envers les autres. Ils ont tendance à craindre que leurs pairs veuillent leur prendre ceux qu'ils considèrent comme « leurs » patients, parce qu'ils les ont déjà pris en charge par le passé, parce qu'ils ont initié la prise en charge ou parce qu'ils s'estiment plus aptes à les prendre en charge correctement. Les médecins parlent ainsi de « captation » ou de « détournement de clientèle ». Ce type d'attitudes est la cause d'inimitiés, voire de conflits entre médecins.

« Les médecins de mon hôpital disent aux médecins de l'autre hôpital : “Vous voulez nous prendre notre clientèle !” C'est très fort pour un médecin, c'est vécu comme une agression. » (Entretien avec un radiothérapeute).

« Je ne comprends pas : les cancérologues sont débordés, mais, s'ils peuvent nous piquer des malades, ils le feront. Et si l'urologue confie un malade au cancérologue, le cancérologue le gardera. Vous ne le reverrez jamais. Sauf s'il a une complication chirurgicale. Je ne comprends pas. J'ai eu parfois des mots avec mes collègues cancérologues. » (Entretien avec un chirurgien).

En second lieu, il existe des désaccords entre médecins sur la manière de prendre en charge les patients. Cette manière concerne certes l'abord psychologique des patients (façon d'annoncer le cancer notamment), mais elle concerne aussi et surtout le choix des traitements. Dans le cancer, ces désaccords peuvent porter sur la possibilité de réaliser tel ou tel type d'actes (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie), sur l'évaluation du meilleur dosage des traitements médicaux ou par radiation, ou encore sur l'agencement même des différents types de traitements (8).

Nous verrons que cela est en train de changer, mais, traditionnellement, ces désaccords ne donnent pas lieu à des affrontements frontaux ; ce sont les médecins qui voient le patient en premier qui décident du traitement, les

(8) Cette hétérogénéité des pratiques n'est pas propre au cancer. Au cours du XX^e siècle, des membres du corps médical ont identifié des problèmes d'interface entre science et pratique médicale auxquels ils ont tenté de remédier (Marks, 1999). Cette analyse eut pour point de départ la mise en évidence de variations inquiétantes dans les pratiques médicales. Dans un premier temps, ces problèmes ont été attribués aux conditions sociales et économiques dans lesquelles la médecine s'exerçait. Puis, peu à peu, s'est formalisée l'idée selon laquelle l'origine des limites à un exercice scientifique de la médecine était aussi à rechercher dans les capacités limitées des médecins eux-mêmes (Berg, 1995). Pour améliorer les pratiques

individuelles des médecins, certains représentants du corps médical ont commencé à promouvoir l'évaluation des pratiques et le développement d'outils d'aide à la décision (Timmermans et Berg, 2003). Les pouvoirs publics se sont peu à peu emparés de ce problème, qu'ils ont considéré à la fois comme un enjeu de santé publique, mais aussi de rationalisation des dépenses, puisque certaines de ces dernières étaient liées à des pratiques qui n'avaient pas prouvé leur efficacité. La création des Références médicales opposables (Kerleau, 1998 ; Mossé, 1998) et de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Robelet, 2002) traduit notamment cette préoccupation.

médecins qui interviennent ensuite devant assumer les conséquences des choix initiaux.

« En théorie, c'est souhaitable que les patients nous soient adressés avant la chirurgie. Mais les trois quarts des patients nous sont adressés une fois que le patient a été opéré. Dans la grande majorité des cas, on le regrette, mais ils sont adressés après. Dans certains cas, il n'y a pas de problème : c'est prévu dans le thésaurus... Mais c'est bien évident que, pour un certain nombre de patients, nous ne sommes pas d'accord avec la stratégie thérapeutique qui a été adoptée. [...] Là où c'est pénible, c'est quand un patient est opéré et que ce n'est pas le standard. Un T4 du sein ne s'opère pas en première intention. Eh bien, on voit encore des seins opérés en première intention ! » (Entretien avec un oncologue médical).

Il n'est pas rare que la concurrence sur l'activité et celle sur la définition du bon traitement soient liées. En effet, lorsqu'il existe des traitements substituables pour soigner un cancer, le choix du traitement induit le médecin qui va prendre en charge le patient – ce qui a trait à la concurrence sur l'activité. Pour certains cancers ORL et pour certains cancers urologiques, par exemple, la radiothérapie et la chirurgie apparaissent, en l'état actuel des connaissances, comme des techniques de traitement substituables selon des critères d'efficacité thérapeutique. Cependant, ces traitements ne sont pas strictement équivalents : la nature de l'épreuve subie par le patient n'est pas la même selon la technique retenue (la chirurgie étant notamment un acte dit « invasif » alors que la radiothérapie ne l'est pas) tout comme diffèrent les conditions d'hospitalisation, les effets secondaires, de même que les possibles complications. Il est dès lors compréhensible que, pour ces cancers, on observe une tendance à la conflictualité au plan local entre radiothérapeutes et chirurgiens, les uns accusant les autres de vouloir imposer leur propre technique (9). Plus généralement, la méfiance des médecins vis-à-vis de la qualité des traitements prodigués par leurs collègues est une incitation à développer leur propre activité, de manière à ce que les malades soient soignés en conformité avec ce qu'ils estiment être les bons traitements.

De tels constats ne sont pas nouveaux. Des textes majeurs de la sociologie médicale ont évoqué l'existence d'une concurrence entre médecins (Hall, 1948, 1949 ; Smith, 1957) et ont mis en évidence l'existence de différences d'approche et de clivages entre « segments » de la profession médicale (Bucher et Strauss, 1961 ; Halpern, 1992 ; Baszanger, 1995). Toutefois, ces constats n'ont pas donné lieu à de substantiels développements. En particulier, à notre connaissance, leurs conséquences sur la relation thérapeutique n'ont pas été tirées. Parsons est celui qui est allé le plus loin dans ce sens, à travers son analyse de la relation thérapeutique (Parsons, 1951). En effet, parmi les droits et devoirs respectifs des patients et des médecins, qui, selon Parsons, assurent que l'asymétrie de la relation thérapeutique en faveur du médecin n'aboutira pas à des abus, le droit du médecin de ne pas perdre son

(9) Cette conflictualité se retrouve, dans une certaine mesure, au plan national, entre les associations représentant l'une ou l'autre spécialité médicale. Cependant, elle est moins

visible, les associations parvenant à un compromis, en se contentant de présenter les mérites respectifs des deux techniques sans privilégier explicitement l'une ou l'autre.

patient au profit d'un collègue est souligné (10). Même si Parsons semble envisager la concurrence entre médecins comme une exception plutôt que comme une règle (alors que nous soutenons l'inverse), il avait bien vu que cette concurrence entre médecins était susceptible de déstabiliser la relation thérapeutique (11).

Différends entre médecins et affaiblissement de l'autorité médicale

Non seulement la concurrence entre médecins sur l'activité et sur la définition de la bonne prise en charge est en elle-même un facteur potentiel d'affaiblissement de l'autorité médicale dans la relation thérapeutique, mais encore elle renforce le poids des facteurs précédemment mis en exergue.

La première conséquence peut paraître triviale : la concurrence entre médecins implique que la possibilité d'une relation thérapeutique n'est pas acquise *a priori*. La première incertitude du médecin concernant la relation thérapeutique est donc qu'il n'est pas assuré que le patient choisira de venir le consulter ou, ce qui est souvent le cas pour le cancer, lui sera adressé par un collègue. Cette situation implique de ne pas limiter l'analyse de la relation thérapeutique au moment de la prise en charge du patient par un médecin donné, mais de s'interroger en amont sur les conditions par lesquelles ce patient est parvenu jusqu'à lui et, partant, sur le système de relations locales entre médecins. Certes, cette incertitude n'est pas identique pour tous les médecins. Par exemple, les spécialistes d'organes ont tendance à voir les patients avant les cancérologues afin de réaliser le diagnostic. De par leur position, ils ont donc une plus grande maîtrise de la trajectoire du patient que leurs collègues cancérologues. Cependant, même pour eux, il existe une incertitude, c'est que le patient aille consulter d'autres médecins spécialistes d'organes ou qu'il rompe la relation s'il n'est pas satisfait ou s'il en vient à avoir des doutes quant aux compétences de son médecin.

Les analyses interactionnistes mettent en avant que la maîtrise de la trajectoire de la maladie est toujours en partie incertaine pour le médecin, du fait de la possibilité que les patients ou leurs proches ne soient pas d'accord avec les traitements proposés. Le cas de la cancérologie montre que cette incertitude

(10) Un texte antérieur (Parsons, 1939) propose une analyse proche du texte de 1951, quoique moins systématisée. Parsons y réfute les analyses selon lesquelles les professions se distingueraient des autres occupations par la présumée absence d'intérêts personnels de leurs membres et par le caractère altruiste de leurs motivations. Il souligne au contraire que les médecins sont à la recherche d'une position importante dans leur groupe professionnel à travers notamment des critères tels que le revenu, les caractéristiques de l'activité en volume et en type de patients, la réputation.

Partant de là, Parsons en déduit, beaucoup plus succinctement que dans le texte de 1951 et sans en tirer de conséquences sur la relation médecin-patient, que c'est le système normatif de la société qui garantit le bon déroulement de la prise en charge.

(11) D'une certaine manière, ce cas illustre l'analyse de Bourricaud sur l'intérêt de l'approche parsonienne si on prend « comme point de départ de sa recherche l'écart entre l'état idéal ou désirable et le comportement effectif des acteurs » (1977, p. 58).

est d'autant plus grande que le patient est susceptible de se voir proposer ailleurs un traitement différent et correspondant mieux à ses préférences. Soit dit en termes plus prosaïques : si tous les médecins étaient d'une part parfaitement solidaires et désintéressés et d'autre part d'accord sur les traitements à appliquer, le mécontentement des malades leur poserait moins de problème. Les cas des cancers ORL et urologiques que nous avons vus plus haut illustrent parfaitement cela. La concurrence entre radiothérapeutes et chirurgiens, qui repose notamment sur une approche thérapeutique différente, accroît le risque pour chaque praticien que le patient lui échappe pour se voir proposer ailleurs un traitement différent de celui qu'il préconise. Cette situation explique les relations conflictuelles qui existent entre médecins pour ces pathologies.

« Quand ils ne veulent pas entendre parler de la chirurgie, les patients courent les ORL... Jusqu'à ce qu'ils entendent ce qu'ils ont envie d'entendre. "Mon bon monsieur, on va vous faire des rayons !". » (Entretien avec un chirurgien).

Ces cas ne sont pas les seuls. Il est possible de trouver d'autres exemples qui reposent sur des mécanismes similaires. Ainsi, dans une des régions étudiées, un conflit existait autour de la prise en charge des patients atteints de cancers de l'œsophage. Ce conflit avait cours entre les cancérologues d'un hôpital, partisans d'une approche médicale, et les chirurgiens d'un autre hôpital, soutenant une approche chirurgicale.

« Pour tout vous dire, [les médecins de l'autre hôpital] ont plus une attitude clientéliste que scientifique. Si vous leur proposez, les gens sont plus prêts à ne pas se faire opérer que l'inverse. [...] À cause de ça, on opère beaucoup moins d'œsophages qu'on ne le faisait à une certaine époque. » (Entretien avec un chirurgien).

Cette concurrence potentielle entre médecins pèse aussi sur la relation thérapeutique, dans la mesure où elle limite les possibilités pour un médecin de faire appel à ses collègues pour un « second avis », lorsqu'il a affaire à un patient qui souffre d'un cancer dont la prise en charge est complexe ou qui exprime un doute sur la décision du médecin.

« Il faut que les référents soient déontologiques : qu'ils ne gardent pas les patients quand on les leur confie pour un avis – sauf si c'est pour faire des protocoles qu'eux seuls font, bien sûr. Parce que... c'est tellement facile de faire une réflexion déplacée au patient... Si on s'est planté, il faut le dire au patient, bien sûr, mais, même en le disant, on peut être déontologique ou pas déontologique. » (Entretien avec un oncologue médical).

De même, s'ils font appel à un confrère pour exécuter une partie de la prise en charge, les médecins veulent être sûrs qu'il fera ce qu'ils estiment être bon. Sinon, le mécontentement du patient peut avoir des conséquences négatives sur la relation qu'ils entretiennent avec lui.

« Si l'ORL veut faire ce qu'il veut, il n'y a rien pour l'en empêcher. Ce n'est pas pour jouer au gendarme, mais si on ne travaille pas avec certains ORL ou radiothérapeutes, c'est parce qu'on a eu des mauvaises retombées, qu'il a fait un peu ce qu'il a voulu. » (Entretien avec un chirurgien).

Au-delà de cette concurrence, il existe plus généralement une interdépendance entre médecins pour la prise en charge des patients atteints de cancer, dans la mesure où la spécialisation entraîne une répartition des tâches entre eux. Or, une coordination défailante au cours de la prise en charge peut avoir

des conséquences sur la relation thérapeutique. Par exemple, les médecins se plaignent fréquemment d'une mauvaise information des patients par les collègues qui les leur confient. Cela peut rendre plus difficile l'acceptation du traitement par les patients.

« Certains médecins expliquent, d'autres pas. Certains patients arrivent, on leur a dit qu'ils auraient quelques séances. Quand on leur dit qu'ils auront 30 séances... c'est vrai que ce n'est pas évident à faire passer... » (Entretien avec un radiothérapeute).

Sur un territoire donné, la position des médecins face aux patients, déjà fragilisée par les possibles revendications des malades et de leurs proches et, plus généralement, par l'évolution de la figure du patient au sein des systèmes de santé, est susceptible d'être fragilisée davantage du fait des comportements des médecins les uns vis-à-vis des autres.

Structuration de la relation thérapeutique par les relations médicales

Les relations que les médecins nouent avec certains de leurs collègues, de même que les mouvements actuels de réorganisation de la prise en charge médicale du cancer peuvent se comprendre comme des tentatives de réduction des incertitudes que nous avons présentées et, consécutivement, comme des stratégies médicales pour davantage maîtriser la relation thérapeutique.

Connaître et se faire reconnaître parmi ses pairs

Les médecins cherchent d'une part à améliorer la confiance dont ils pourront bénéficier auprès d'autres médecins qui, de ce fait, seront plus enclins à travailler avec eux et d'autre part à repérer des médecins en qui ils auront suffisamment confiance pour coopérer. Cette confiance a trait tant aux compétences médicales (capacité du médecin à contribuer à l'amélioration de la santé du malade) qu'aux aspects déontologiques (capacité du médecin à intervenir dans la prise en charge sans perturber la relation thérapeutique qui s'est établie entre un pair et son patient).

D'abord, les médecins doivent nouer des relations avec certains de leurs collègues pour qu'ils leur adressent des patients plutôt qu'à d'autres. Ces médecins « fournisseurs de patients » sont en premier lieu ceux qui diagnostiquent le cancer ou décèlent un trouble nécessitant des examens approfondis, mais n'ont pas vocation à traiter les cancers. Il s'agit de médecins généralistes, de médecins spécialistes qui n'ont pas d'activité chirurgicale, ou de radiologues. Dans la plupart des cas, ils confient le malade à un chirurgien pour l'opérer. Après l'opération, il est fréquent que le patient doive subir une radiothérapie ou une chimiothérapie complémentaire. De ce fait, les chirurgiens sont les principaux « fournisseurs de patients » des chimiothérapeutes et radiothérapeutes. Cependant, ils ne sont pas les seuls. En effet, pour certains cancers, le cheminement du patient peut être différent, soit parce qu'il est

estimé qu'un traitement médical ou une radiothérapie est nécessaire avant l'opération pour réduire ou contrôler le développement de la tumeur (auquel cas il sera fait appel dans un premier temps à un chimiothérapeute ou à un radiothérapeute), soit parce que la chirurgie n'est qu'une option de traitement à côté d'autres approches, centrées sur d'autres techniques (le patient sera donc confié soit à un chirurgien, soit à un radiothérapeute ou à un chimiothérapeute). En dernier lieu, si le cancer ré-évolue après une première prise en charge, le médecin qui a coordonné la prise en charge initiale peut décider soit de conserver le patient et de coordonner la prise en charge de la récurrence, soit de le confier à d'autres médecins.

Outre les liens qu'ils tentent généralement de conserver avec leurs camarades de promotion, les médecins essaient de développer et de maintenir un contact personnalisé avec certains pairs qui leur confient des patients, en se montrant disponibles au téléphone, en adressant des courriers réguliers. Ce qui est alors visé est de se faire reconnaître une compétence relationnelle et, si possible, de se distinguer des pairs qu'ils considèrent comme concurrents.

« Ça marche beaucoup avec les médecins traitants. Je pense que c'est une des clés du recrutement de patients. Ça marche essentiellement parce qu'ils sont satisfaits, parce que vous êtes disponible et parce que vous n'êtes pas hautain. C'est fini le temps où le professeur du CHU traitait de haut les autres médecins qui l'acceptaient. » (Entretien avec un oncologue médical).

« Et puis, je suis probablement le seul chirurgien qui envoie systématiquement ses comptes rendus aux radiologues. Parce que, les cabinets de radiologie, ils ne sont pas tous mariés avec nous ! L'autre jour à une réunion, des radiologues sont venus me voir : "Cela fait des années qu'on reçoit vos comptes rendus et on voulait vous dire que c'est vraiment super !" Mais c'est un travail commercial... » (Entretien avec un chirurgien).

Les médecins doivent aussi montrer à leurs pairs susceptibles de leur adresser des patients qu'ils ont une compétence médicale, et notamment qu'ils sont capables de prescrire et d'appliquer les bons traitements. En l'absence de dispositifs formels de classement des praticiens, les médecins ont recours à différentes stratégies pour accroître leur crédibilité et leur légitimité. Les plus traditionnelles sont de participer à la recherche clinique, afin d'en présenter les résultats lors de séminaires ou dans des revues (12), et de participer à la formation continue, ce que les médecins appellent « enseignement post-universitaire ».

Les dispositifs développés en France depuis une vingtaine d'années pour améliorer et harmoniser la prise en charge des patients atteints de cancers offrent de nouvelles opportunités aux praticiens soucieux d'accroître à la fois leur positionnement concurrentiel et leur autorité vis-à-vis de leurs pairs lors de la prise de décision thérapeutique. Ces dispositifs sont les recommandations

(12) Borraz (1998) et Dalgalarondo (2000, 2004) ont montré l'enjeu que revêtait la participation à la recherche clinique pour les médecins qui entendaient se positionner dans un champ émergent : la lutte contre le sida. En particulier, il ressort des données de Dalgalarondo (2000), même s'il ne traite pas directement la question,

que la coordination d'un essai thérapeutique peut être l'occasion pour un médecin investisseur de créer son réseau de médecins partenaires, à travers la conduite des nombreuses réunions d'informations et de recommandations.

de bonnes pratiques, fondées sur les résultats de la recherche clinique et épidémiologique, et les comités pluridisciplinaires qui réunissent des médecins représentant les principales spécialités concernées par le traitement des cancers (chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie notamment) afin de prendre collégalement des décisions thérapeutiques (Castel et Merle, 2002 ; Denquin et Ferrand, 2004).

Nous avons montré ailleurs que ces dispositifs avaient été promus et défendus par les centres de lutte contre le cancer (CLCC), afin de limiter les critiques émises à leur encontre par les autres participants à la lutte contre le cancer et pour se repositionner comme leaders dans cette lutte (Castel et Friedberg, 2004). Plus généralement, les motivations des médecins qui participent, au plan régional, à l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques aux côtés des cancérologues des CLCC – le plus souvent dans le cadre de structures appelées « réseaux » – ont trait à l'amélioration de la reconnaissance locale et/ou régionale. D'une part, en participant à cette entreprise, ils améliorent leur connaissance de la littérature scientifique, qu'ils peuvent mobiliser dans le cadre de la prise en charge des patients, lors de leurs interactions avec les médecins qui ne participent pas à ces réunions. D'autre part, ils tendent à revendiquer leur autorité, non pas en tant qu'individus, mais en tant que membres d'un groupe (ou d'un réseau constitué, le cas échéant), qui a fixé des critères de qualité et élaboré des standards sur une base rationnelle et scientifique. En adhérant au réseau, les médecins obtiennent une sorte de label qui les rend plus légitimes et est censé limiter les fuites de patients vers les établissements plus prestigieux que sont les centres hospitaliers universitaires et les centres de lutte contre le cancer. Cette légitimité est sans doute supérieure à celle qu'ils obtiendraient s'ils indiquaient respecter de manière individuelle leurs propres guides de pratiques, conformes aux données de la science. En effet, une organisation qui promeut des standards peut procurer à chacun de ses membres une légitimité plus grande que celle dont pourrait bénéficier chaque individu en revendiquant de façon isolée son adhésion aux mêmes standards (Ahrne, Brunsson et Garsten, 2000).

« Le réseau, ça apporte une validation des compétences, une reconnaissance... Moi, dès le début, j'ai voulu y adhérer. [...] Les chirurgiens, quand ils me montrent un patient, ils savent qu'il existe des standards. Donc, je mets : "standard [du réseau]". Ça valide la démarche... Ils savent que tous les patients sont traités selon le standard [du réseau]. » (Entretien avec un oncologue médical).

« Moi, le réseau, c'est du temps, mais ce n'est que du bonus : j'ai l'impression de mieux faire mon métier et je suis davantage reconnu. » (Entretien avec un chirurgien).

Des motivations proches se retrouvent chez les médecins qui participent aux comités pluridisciplinaires prenant les décisions thérapeutiques. Les médecins peuvent y trouver un moyen de mieux maîtriser la trajectoire des patients, en nouant des relations privilégiées avec certains collègues. Par définition, puisque ce sont des instances qui réunissent à un temps « t » différents médecins autour de dossiers médicaux pour discuter des décisions thérapeutiques, les médecins qui y participent ont l'occasion d'influer davantage sur ces décisions en amont, alors qu'auparavant, ils avaient tendance à être mis devant le fait accompli par leurs collègues qui avaient pris en charge les

patients en premier. Ces instances, qui donnent lieu à des interactions en face à face entre médecins – ce qui n'est pas si fréquent dans le monde médical – leur donnent aussi l'opportunité, au cours de ces discussions, de montrer leurs compétences à leurs collègues et d'obtenir éventuellement leur confiance.

« Depuis cette année, on a monté une concertation pluridisciplinaire. Ça commence à bouger. Il commence à m'arriver de voir des patients avant la chirurgie ! » (Entretien avec un oncologue médical).

« Les chirurgiens nous sollicitent beaucoup plus pour nous demander des avis depuis qu'on a créé les comités pluridisciplinaires. Et ils envoient beaucoup moins à l'extérieur. Il y a beaucoup de malades qui partaient sur Lyon ou sur Grenoble. Alors que, maintenant, on a montré que, localement, on pouvait faire de la cancérologie. Donc, maintenant, on peut prendre part à la discussion. » (Entretien avec un radiothérapeute).

Réciproquement, un médecin doit connaître des pairs en qui il a suffisamment confiance pour pouvoir les solliciter lors de la prise en charge de certains patients. Ces médecins sont appelés « référents » lorsqu'il s'agit de médecins à qui l'on s'adresse pour avoir leur avis sur des cas complexes, ou « correspondants » lorsque ce sont des médecins maîtrisant des techniques complémentaires de traitement ou de diagnostic. Par exemple, un chirurgien tâchera de connaître des oncologues médicaux susceptibles de prescrire des chimiothérapies, avant ou après la chirurgie. Ce qui est alors recherché chez ces médecins partenaires est de deux ordres. D'abord, une compétence médicale, qui se décompose schématiquement en savoirs et savoir-faire techniques d'une part, et en une capacité à avoir de bonnes relations avec les patients d'autre part. Ensuite, ce qui compte également est d'avoir confiance dans le fait qu'ils ne chercheront pas à s'accaparer les patients qui leur sont confiés. En somme, les médecins partenaires sont choisis pour qu'ils soignent les patients avec un maximum de chances de les guérir, mais aussi pour que leur intervention ne risque pas de rompre la relation thérapeutique initiale en mécontentant le patient ou en le captant pour la suite de la prise en charge.

« On a besoin de référents essentiellement pour les deuxièmes avis. Ils sont référents en tant que tels puisqu'ils sont universitaires. On enverra plutôt vers les universitaires qu'on connaît que vers ceux qu'on ne connaît pas. Puisqu'on sait comment ils travaillent. » (Entretien avec un chirurgien).

« Avec le D^r A, je n'ai jamais eu de problème de captation de clientèle. Avec les médecins de [tel autre hôpital], c'est systématique. Ils ont tendance à tout garder. Si vous confiez un cancer du rein au D^r B, vous ne le revoyez jamais. Donc, on évite de leur confier. Alors que le Pr. C, il ne fonctionne pas comme ça. Il le prend en charge et, s'il y a besoin d'un curage entre temps, il nous le renvoie à la clinique pour qu'on le fasse. C'est pour ça qu'on travaille en confiance avec lui. Mais c'est le seul cas [dans cet hôpital]. [Les médecins du CHU,] c'est pareil. Le Pr. D, si on lui envoie un second avis, on ne le revoit jamais. Pour le Pr. E, c'est moins vrai. Du coup, j'ai tendance à plus travailler avec lui. » (Entretien avec un chirurgien).

Connaître et se faire reconnaître sont donc deux stratégies importantes pour tout médecin, afin de réduire l'incertitude liée au comportement de ses pairs. On comprendra qu'elles le sont d'autant plus que le médecin débute son activité sur un territoire, qu'il s'agisse de sa première installation ou d'un changement de lieu d'exercice. Cela ressort clairement des propos de ce

chirurgien, qui explique les raisons pour lesquelles il a décidé de participer à un comité pluridisciplinaire inter-établissements, dès son installation.

« Il y a le côté où c'est utile pour le malade et pour moi et il y a le côté où ça me permet de connaître les chirurgiens de ville, les gastro[entérologue]s de ville, les radiothérapeutes. Parce que je n'avais pas beaucoup de contacts quand je suis arrivé. Au début, d'ailleurs, j'y allais surtout pour ça – car je n'avais pas beaucoup de dossiers. Maintenant, j'emmène des dossiers. » (Entretien avec un chirurgien).

En somme, comme dans d'autres secteurs d'activité, les médecins ont recours à différents « dispositifs de jugement » (Karpik, 1996) pour structurer leurs échanges avec d'autres médecins. Certains dispositifs sont fondés sur la « confiance personnelle » (réseau de camarades de promotion, échanges de patients et d'informations, réputation, participation à des comités pluridisciplinaires et à des groupes de travail) et d'autres sur la « confiance impersonnelle » (statut universitaire, diplômes spécialisés, publications, adhésion formelle à un réseau).

Intégration entre médecins et maîtrise de l'interaction avec le patient

L'évolution de la structuration des relations avec ses pairs est donc, pour un médecin, une stratégie de maîtrise en amont de la relation thérapeutique. Cette évolution est également susceptible d'avoir des répercussions lors de l'interaction entre le praticien et son patient.

Avoir une relation privilégiée avec un ou plusieurs médecins qui travaillent dans des établissements prestigieux et à qui l'on peut confier un patient hésitant est un moyen de rassurer ce dernier, sans le perdre tout à fait. Selon le degré d'inquiétude du patient, le référent pourra simplement confirmer la prescription du premier praticien, le malade retournant alors se faire soigner par ce dernier, ou le prendre en charge pour une partie du traitement avant de le rediriger pour la suite de la prise en charge (le suivi, par exemple).

« Si on est vraiment convaincu, on parvient à convaincre le malade. S'il est très réticent, on le propose à un correspondant de confiance. » (Entretien avec un interniste).

« Si je disais que j'applique ma sauce, je ne serais pas crédible. Je suis obligé de travailler avec les cancérologues de l'hôpital X, mais je ne vis pas ça comme une contrainte : ça nous permet de continuer à faire ce qu'on fait. » (Entretien avec un chirurgien).

Sans même avoir recours à ces « référents », un praticien peut nouer des relations suffisamment fortes avec les autres médecins locaux (ses « correspondants »), de sorte que tous aient une approche similaire de la prise en charge. L'homogénéité des discours face aux patients est en effet considérée comme un moyen de stabiliser la relation thérapeutique et d'éviter que le patient soit trop contestataire, voire ne fasse appel à d'autres médecins.

« Je fais partie de la communauté, maintenant. Le fait de travailler de la même façon, c'est stabilisant pour les patientes. [...] Par exemple, le D^r X, le radiothérapeute, leur explique la surveillance. Eh bien, quand je vois les patientes, je leur dis exactement la même chose : "Comme vous l'a dit le radiothérapeute, ça va se passer comme ça, vous allez avoir ça, puis ça..." Et elles sourient. Elles sont contentes de voir qu'on leur dit la même chose. Les gens, on les met sur des rails, c'est très important. » (Entretien avec un chirurgien).

« D'abord, on s'efforce de donner des informations précises sur les traitements. Ensuite, la patiente va voir le radiothérapeute ou le chimiothérapeute qui lui explique à nouveau. Et éventuellement, on la revoit pour lui redire les mêmes choses. Quand la patiente s'est promené comme ça, il est très rare qu'elle ne soit pas d'accord avec ce qu'on lui propose. » (Entretien avec un chirurgien).

C'est cette même logique d'accroissement de la maîtrise de la relation thérapeutique par l'accroissement de la cohésion entre médecins qui contribue à expliquer le relatif succès auprès des médecins des recommandations de bonnes pratiques élaborées collectivement et des réunions de comités pluridisciplinaires. En effet, outre l'évolution des relations entre médecins que ces deux dispositifs rendent possible, ils sont un moyen de rassurer le patient et ses proches sur la validité du traitement prescrit en affichant une position collective vis-à-vis de certains problèmes thérapeutiques.

Les deux scènes suivantes observées lors d'une réunion d'un réseau régional de cancérologie où une quarantaine de médecins étaient réunis pour décider ou non de faire évoluer les recommandations de bonnes pratiques illustrent ce phénomène. D'abord, alors qu'un des animateurs de la séance proposait de supprimer un arbre décisionnel concernant un cancer métastatique, un autre médecin prit la parole pour indiquer qu'il valait mieux le laisser pour se donner des moyens de convaincre, dans certains cas, des patients ou leurs familles d'accepter une approche curative. La salle approuva et il fut décidé de le laisser. Plus tard, dans la même réunion, le même animateur proposa de lancer un groupe de travail pour simplifier l'arbre décisionnel concernant la prise en charge initiale d'un autre cancer, dans la mesure où l'arbre proposait trois moyens de traitement en option. Un autre médecin prit alors la parole : « N'oubliez pas qu'il y a plusieurs écoles dans la région. Donc si un malade va voir quelqu'un et qu'on lui dit autre chose ailleurs... c'est mieux de laisser les trois. » Ces exemples illustrent à la fois que l'hétérogénéité du discours est perçue comme une menace susceptible de déstabiliser l'autorité du médecin face à son patient et que, à l'inverse, l'adoption de positions relativement homogènes est perçue comme un atout pour convaincre les patients d'accepter les traitements.

L'intérêt que portent certains médecins aux comités pluridisciplinaires est similaire : les médecins y participent notamment parce qu'ils attendent une validation de leurs décisions par un groupe de médecins, ce qui confortera leur position dans la relation avec les patients.

« Et puis les réunions de concertation nous aident à garder nos malades, justement : ce n'est pas moi, ce sont 10 médecins qui ont pris la décision. » (Entretien avec un chirurgien).

« Et ça permet de faire passer les choses au malade. On leur dit qu'on va discuter leur dossier. Bon, un côlon avec des ganglions, on savait déjà qu'il fallait de la chimio[thérapie]. Mais on formalise. [...] Normalement, je présente tous mes dossiers, parce que je le dis aux gens. Pour ne pas qu'on puisse me dire : "Lui, il fait ça dans son coin." Et puis, je tire mon parapluie systématiquement, parce que j'ai la chance d'être ami d'une référence dans le cancer du sein, c'est le D^r Y. Je l'appelle systématiquement dès que j'ai un problème. » (Entretien avec un chirurgien).

L'évocation des recommandations ou la participation aux comités n'a pas seulement pour but de rassurer les patients et leurs proches pour qu'ils n'aillent pas consulter un autre médecin. Parfois, il s'agit aussi de faire accepter une attitude thérapeutique vis-à-vis de laquelle le patient ou ses proches sont réticents, y compris si cela consiste à sortir d'une hypothèse curative pour entrer dans une phase palliative.

« C'est là que les réunions pluridisciplinaires sont utiles : quand on a épuisé les lignes de traitement et que les familles demandent toujours... on est dans l'impasse. Ça permet de dire : "On pense que ça ne sert à rien de continuer". [...] Il y a des familles qui sont... On a des patients qui sont en très mauvais état. On a envie de dire : "solution palliative", mais ce n'est pas toujours facile face à des familles qui disent : "Mais on a lu ça ! Pourquoi ne pas tenter tel traitement ?" Là, la solution collective permet de convaincre ces familles. » (Entretien avec un pneumologue).

Enfin, un des intérêts de ces dispositifs collectifs, clairement exprimé par les médecins, réside dans la perception que ces dispositifs sont une protection en cas de différends avec les malades et/ou leurs proches.

« Des fois, on pense bien quelque chose, mais on présente le cas en comité pluridisciplinaire pour avoir confirmation. Parce qu'on sent que ça va mal tourner. Ça permet de s'assurer... Pour ne pas avoir d'ennui, après. » (Entretien avec un radiothérapeute).

« [L'une des raisons pour laquelle j'ai créé un comité de décision pluridisciplinaire], c'est pour certifier, dans le dossier hospitalier, que la décision a été prise selon les règles de bonnes pratiques. Il faut qu'on apporte la preuve qu'on a fait ce qui était bon de faire. Vis-à-vis du patient et du médecin généraliste, ça fait autorité. Et, de façon annexe – et j'espère que ça restera annexe – c'est un intérêt médico-légal. On a eu un cas de plainte cette année. Il était important qu'on puisse dire que ce patient avait été vu en concertation pluridisciplinaire. Je pense que ça a penché dans la balance. La cancérologie est un domaine à risques, de ce point de vue-là. » (Entretien avec un pneumologue).

Ces stratégies de coopération entre médecins n'éliminent pas les situations de concurrence au sein du corps médical, mais aboutissent à une reconfiguration de l'organisation de la prise en charge locale, caractérisée par le développement de relations plus formalisées entre médecins ou groupes de médecins au détriment d'autres. Par exemple, le développement d'un réseau par le CLCC a pu aboutir dans certaines régions à accroître les tensions entre ses médecins et ceux du CHU, dans la mesure où ces derniers ont perçu qu'ils perdaient leurs relations privilégiées avec leurs « fournisseurs de patients » habituels au profit des médecins du CLCC. En réaction, on a ainsi vu apparaître dans certaines régions plusieurs réseaux, créés par les médecins de différentes institutions qui souhaitent (re)devenir le pivot de la lutte contre le cancer. Plus généralement, la formalisation de liens étroits entre médecins ou groupes de médecins se fait au détriment de ceux qui n'ont pas su créer de tels liens et qui ont tendance à être marginalisés par le reste de la communauté médicale (13).

(13) La controverse qui traverse depuis une vingtaine d'années la cancérologie pédiatrique en France illustre un tel phénomène : la majorité des cancérologues pédiatres, qui s'est organisée de manière à promouvoir le recours à

des protocoles de traitement et de recherche harmonisés, a marginalisé et stigmatisé les médecins d'un service qui défendent une approche plus individuelle et empirique de la médecine (Castel et Dalgalarrondo, 2004).

Le patient comme ressource

Si les relations entre médecins sont structurantes dans l'organisation de la trajectoire des patients et lors du colloque singulier entre médecins et patients, la relation thérapeutique elle-même peut être l'occasion pour le médecin de mieux maîtriser les relations avec certains de ses pairs et, partant, d'améliorer les conditions dans lesquelles se dérouleront les relations futures avec les autres patients. Le patient peut alors être analysé comme une ressource : d'une part, il est une source d'information sur les pratiques des pairs ; d'autre part, il est un moyen d'échange pour développer des relations privilégiées avec certains d'entre eux.

Le patient comme source d'information

Les patients sont une source d'information très riche pour un médecin pour connaître les pratiques de ses pairs et, partant, pour décider avec qui il souhaite travailler ou non dans le futur. De façon passive, le patient porte sur lui certains signes qui témoignent de l'action des collègues à qui il a été confié. Ainsi, la cicatrice de l'opération et la marque des rayons sont un moyen pour juger respectivement de la compétence du chirurgien et de celle du radiothérapeute. Il en est de même des éventuelles complications qui font suite à n'importe quel type de traitement. Plus généralement, le dossier médical du patient constitue une trace des pratiques des médecins (14). De façon active, le patient témoigne auprès du médecin du discours et de l'action de ses pairs, ce qui permet à ce dernier de se faire une idée plus précise de leurs compétences et, le cas échéant, pousser plus avant ou non la collaboration.

« Il ne suffit pas de beaucoup d'expériences positives pour savoir que quelqu'un est de confiance. Par exemple, un de mes malades avait décidé d'aller voir le D^r X. Je ne le connaissais pas. Il l'a bien suivi. Il s'est bien occupé de lui, on s'est régulièrement téléphoné. Je sais maintenant que c'est un correspondant de confiance. Alors que je ne le connaissais pas avant, c'est par hasard que je l'ai connu, c'est le malade qui me l'a fait connaître. » (Entretien avec un interniste).

« Le D^r X fait des chimios, mais ce n'est pas organisé de façon parfaite. Alors que, le D^r Y et le D^r Z avec qui je travaille plus volontiers, c'est parfait. [...] Le D^r X est très occupé, il faut dix coups de téléphone pour organiser. Et c'est toujours gênant quand le discours n'est pas univoque. Les gens sont déjà anxieux de leur maladie, si, en plus, on ne leur dit pas la même chose... ça s'est produit. Il est tellement occupé... il lance des chimios, mais ne reste pas sur place... » (Entretien avec un chirurgien).

(14) Nous avons observé, lors de l'étude du fonctionnement de comités pluridisciplinaires, que les médecins cherchaient à connaître le nom des praticiens qui avaient assuré la prise en

charge initiale, lorsque le dossier qui leur était adressé témoignait de ce qu'ils considéraient soit comme des erreurs, soit, au contraire, comme une excellente prise en charge.

Ce qui est valable pour les autres est valable pour soi. Les médecins ont ainsi la perception que le retour que les patients feront aux médecins « correspondants » qui les leur ont confiés, sur la façon dont ils les ont pris en charge, comptera dans le développement de leur activité, au même titre que la participation aux comités pluridisciplinaires est un moyen de se faire connaître auprès des « correspondants » et de connaître des « référents ». Tous ces éléments participent du processus d'évaluation des médecins entre eux, processus structurant l'organisation de la prise en charge des patients.

« Ça prend du temps de développer une activité. Celui que j'ai remplacé en faisait peu. Ça permet de démarrer, mais il ne faut pas en rester là. [...] Au départ, j'ai été recommandé par d'autres. Je travaillais avec le D^r X, qui est praticien hospitalier à Grenoble, mais qui est stéphanois d'origine. Il est réputé, ici. Et je vais très régulièrement aux colloques du D^r Y et du D^r Z pour me montrer. Ils sont très réputés. Après, si les patients font un bon retour aux généralistes... C'est comme ça que ça se passe. » (Entretien avec un chirurgien).

Le patient comme moyen d'échange

La prise en charge d'un patient apparaît non seulement comme une fin en soi, qui doit aboutir autant que faire se peut à sa guérison, mais elle est aussi un moyen pour un médecin de nouer et de renforcer les relations qu'il entretient avec d'autres confrères. Le patient est en effet un moyen d'échange pour entamer une dynamique de coopération avec certains collègues et, ainsi, réduire l'incertitude liée à leurs comportements. *In fine*, le but pour un médecin est de mieux maîtriser les conditions de son activité future.

Une façon de procéder est d'orienter le patient vers un collègue pour qu'il réalise certains actes, en anticipant que, en retour, ce dernier lui confiera davantage de patients à l'avenir. Cependant, il ne s'agit pas d'une logique de « donnant-donnant », dans la mesure où la contrepartie n'est jamais sûre ni même la nature de cette contrepartie. Ce type d'interactions s'apparente donc à une logique de « don contre-don » (Batifoulier, Cordonnier et Zenou, 1992) (15).

« Quand il y a des examens supplémentaires, on les fait [faire] à [l'hôpital à côté]. On n'est pas là pour monopoliser. C'est important pour le recrutement. Tous les gens que je surveille, je fais faire les examens à l'extérieur. » (Entretien avec un radiothérapeute).

« Je n'ai jamais eu aucun problème avec les radiothérapeutes. Au contraire, ils font même le lien avec les ORL du privé. Ils leur disent : "Tu ferais bien de le montrer à la consultation [que je mène]..." » (Entretien avec un chirurgien).

Une autre façon de procéder, qui s'inscrit dans une logique similaire, consiste à fournir une aide en apparence désintéressée à d'autres médecins

(15) À l'inverse, il apparaît même – certes à la marge semble-t-il – que le patient puisse être un moyen pour un médecin de « sanctionner » un collègue dont il désapprouve la façon d'exercer.

« J'adresse au D^r X [un radiothérapeute] les

patientes gentilles – parce qu'il est très gentil avec les patientes – et les patientes "chiantes" au D^r Y, parce qu'elle a un pathos : elle fait pleurer les patientes. On a ce qu'on sème dans la vie ! » (Entretien avec un chirurgien).

dans le cadre de la prise de décisions thérapeutiques, en attendant qu'en retour ceux-ci adressent davantage de cancers qui nécessitent des moyens qu'ils n'ont pas.

« Sur les dossiers que je vais discuter [lors de consultations dans d'autres hôpitaux], je dis toujours : "Ce n'est pas moi, c'est le patient et le médecin qui décident où va se faire le traitement", mais, sur la totalité des dossiers, c'est vrai que j'en récupère une partie. Ce n'est donc pas une activité totalement non rentable, même si je n'aime pas ce mot en médecine. » (Entretien avec un radiothérapeute).

« Sur [tels cancers], j'ai fait un travail de recherche clinique connu nationalement et internationalement. Inévitablement, cela entraîne le bouche-à-oreille et on me confie des patients. Pour le reste, j'ai essayé de faire des choses précises. Par exemple, j'ai proposé aux médecins de la clinique X d'aller voir dans leurs dossiers et de les aider à prendre des décisions, moyennant quoi, ils m'envoient certains patients. Donc, là, c'est une démarche précise. » (Entretien avec un oncologue médical).

Cette logique peut aller jusqu'à renoncer temporairement à la prise en charge d'un patient pour le confier à certains pairs avec lesquels le médecin souhaite développer des relations privilégiées. Il est généralement espéré des retours qui dépasseront le « manque à gagner » initial. C'est notamment le cas lorsqu'un patient est adressé à un médecin A par un médecin B pour être traité, alors que ce patient a été traité initialement par un médecin C. Le médecin A peut alors décider de renvoyer ce patient vers le médecin C pour qu'il le prenne en charge. A espère alors que cette action soit suffisamment appréciée par C pour nouer ou pour conforter leurs relations et, ainsi, en tirer des bénéfices futurs.

« [Les cancérologues avec lesquels je travaille] jouent bien le jeu, car, parfois, quand un de mes patients leur est envoyé par un circuit détourné, eh bien ! ils me le renvoient ! » (Entretien avec un gastro-entérologue).

L'exemple suivant nous paraît particulièrement éclairant. Lors d'un entretien avec un radiothérapeute, celui-ci fut contacté par téléphone par un chirurgien d'un hôpital voisin. Le chirurgien appelait pour le remercier, parce qu'il lui avait réadressé un patient qu'il avait opéré autrefois et venait d'être confié à l'hôpital du radiothérapeute lors d'une récidence. Au lieu de conserver la prise en charge de ce patient et de faire appel à un chirurgien local, le radiothérapeute l'avait directement orienté vers ce chirurgien. Après avoir raccroché le combiné, le radiothérapeute expliqua que le chirurgien lui avait demandé en contrepartie d'assurer la radiothérapie et la chimiothérapie du traitement. Il commenta : « Il faut avoir l'élégance de lui renvoyer le malade puisque c'est lui qui l'avait pris en charge le premier. [...] Sinon, il aurait appris d'une façon ou d'une autre ce qui se passe... Ça ne sert à rien de se faire des ennemis. [Ce chirurgien], il va désormais m'envoyer encore plus de patients. »

Réciproquement, quand le patient est confié par un médecin A à un médecin B pour prendre en charge le traitement, B peut choisir de n'assurer qu'une partie de cette prise en charge et de laisser l'autre partie à A, afin de faire montre de volonté de coopération.

« [Nos correspondants] interviennent à nouveau au moment de la surveillance du cancer, pour la coloscopie, l'échographie. Les malades leur sont confiés. On fait une surveil-

lance alternée. On aimerait bien déléguer complètement, mais les malades aiment bien qu'on continue à les voir... On y tient beaucoup [à cette surveillance alternée]... Quand je suis arrivé, le centre était montré du doigt comme essayant de capter la clientèle. On a réintégré le correspondant dans la surveillance. C'est un changement qui est venu du centre qui avait compris que, s'il voulait conserver son recrutement, il fallait renvoyer l'ascenseur. » (Entretien avec un oncologue médical).

À l'inverse, les médecins reconnaissent que donner l'impression d'avoir capté le patient d'un autre médecin est très dommageable quant à la possibilité de futures collaborations avec lui. De ce fait, les médecins essaient d'être attentifs pour, autant que faire se peut, ne pas laisser de malentendus perdurer.

« Quand on a des soucis avec un gastro-entérologue, c'est que le gastro-entérologue l'a adressé à un chirurgien qui nous l'a adressé pour une chimiothérapie, mais qui a oublié qu'il lui avait été adressé par un gastro qui souhaitait la faire... Maintenant, j'ai compris, j'y fais attention... » (Entretien avec un oncologue médical).

« Mais, chez nous, on ne les garde pas, on les prend en charge et on les renvoie. On fait attention où on met les pieds, parce que là où on est grillés, on est grillés. J'ai vu une malade pour un deuxième examen. Je n'étais pas tout à fait d'accord avec le traitement proposé par son médecin, mais j'ai dit que cela pouvait se comprendre. Le problème, c'est que la malade me disait qu'elle me faisait davantage confiance. J'ai téléphoné au médecin qui m'a dit que, au début, elle avait été fâchée, mais que, comme je lui téléphonais... Je lui ai dit que son traitement se comprenait et j'ai ajouté : "Si vous ne voulez nous envoyer des malades que pour le traitement, il n'y a pas de problème, je vous les renvoie après." Comme ça, elle était contente : je lui assure des lits et je ne garde la personne qu'une semaine. » (Entretien avec un médecin spécialiste en médecine nucléaire).

*
* *

On ne peut se contenter ni du niveau sociétal ou macrosociologique, ni du niveau microsociologique – le service de prise en charge – pour éclairer les enjeux et les dynamiques de la relation thérapeutique. Il est crucial de s'intéresser à un niveau intermédiaire, celui de l'organisation de la prise en charge des patients au sein d'un territoire donné ou, plus prosaïquement, de ce qu'il est convenu d'appeler l'organisation du « marché des patients ». Par exemple, un groupe de médecins parviendra mieux à maîtriser les relations avec les patients et à maintenir une certaine autorité si ses membres parviennent à s'organiser de manière à limiter la concurrence entre eux et à développer des outils qui assurent une relative homogénéité des pratiques, et vice versa.

Cela conduit à relativiser l'impression de « désordre négocié » qui ressort des analyses interactionnistes, où tous les participants à la prise en charge semblent disposer au départ des mêmes ressources et intervenir aléatoirement, modifiant le cours de la trajectoire de la maladie. Certes, des imprévus peuvent toujours survenir – l'ordre reste précaire –, et les stratégies développées par les médecins pour réduire les incertitudes de la relation thérapeutique ne peuvent prétendre à une parfaite maîtrise, qui aboutirait alors à une « domination médicale locale ». Par exemple, même une relative limitation de la concurrence entre certains groupes de médecins n'empêche pas que la concurrence continue, sous d'autres formes et entre d'autres groupes de médecins. En revanche, il existe au plan local une certaine structuration de la

relation thérapeutique. Dans un territoire donné, le système d'interactions médicales, au sein duquel les médecins évoluent et qu'ils ont contribué à former, est à l'origine de certaines régularités – locales – dans le mode de prise en charge des patients et, plus spécifiquement, dans certaines caractéristiques de la relation thérapeutique.

On a sans doute eu trop tendance par le passé à voir les médecins comme un milieu professionnel à part. Comme dans tout milieu professionnel, il convient de s'intéresser aux phénomènes de coopération, conflits et concurrence entre médecins dans le cadre de la réalisation de leurs tâches au quotidien. En effet, il apparaît que les médecins ne sont pas des acteurs atomisés, seuls face à leurs patients, ou, au contraire, un ensemble uni et parfaitement cohésif (16). Les médecins ont besoin de la participation d'autres confrères pour accomplir certaines de leurs tâches et remplir certains des objectifs qu'ils se sont eux-mêmes fixés. Et cette coopération ne va pas de soi, pas plus que la confiance qui la rend possible n'est naturelle. Inversement, les actions de certains médecins sont susceptibles de représenter pour d'autres médecins une contrainte pour la réalisation de leur activité.

Il convient dès lors de s'interroger sur les raisons de la myopie dont a fait preuve une grande partie de la sociologie médicale à l'égard d'interrogations classiques en sociologie (et en particulier en sociologie des organisations, en sociologie du travail et en sociologie économique). Trois explications, potentiellement complémentaires, peuvent être avancées et mériteraient d'être approfondies. La première a trait à l'analyse des conséquences de la structuration de la sociologie de la médecine comme sous-discipline relativement autonome, tant aux États-Unis qu'en France. Cette relative autonomie, avec des auteurs et des centres de référence spécialisés et bien identifiés, des revues et des thèmes de recherche propres (Bloom, 2002), a-t-elle limité les possibilités de contagion de concepts et de réflexions issues d'autres pans de la sociologie ? La deuxième explication est l'influence que des auteurs majeurs tels que Parsons (1951) ou Freidson (1970) ont eue sur l'orientation des recherches postérieures. On peut en effet se demander dans quelle mesure leurs analyses, centrées sur le rapport entre le corps médical et, pour le dire vite, les autres représentants de la société, ont limité pendant longtemps le développement de questionnements sur d'autres thèmes, les analyses postérieures conservant la même problématique, qu'elles s'inscrivent dans leur cadre d'analyse ou, au contraire, s'inscrivent en faux (17). La troisième explication

(16) D'autres auteurs avant nous ont contesté la conception de la profession médicale comme ensemble homogène, conception sur laquelle reposaient plus ou moins explicitement certaines analyses classiques. Certaines études insistent en effet sur la division de la représentation de la profession médicale, résultat d'une spécialisation croissante (Starr, 1982 ; Hafferty et McKinlay, 1993 ; Hassenteufel, 1997). D'autres ont avancé que les médecins sont en compétition pour l'acquisition de positions de

prestige (Hafferty et Light, 1995 ; Freidson, 1999 ; Vassy, 2000).

(17) Ce type de dynamique s'apparenterait alors à celles mises en évidence par Abbott (2001) pour analyser le développement des sciences sociales dans lesquelles une nouvelle théorie n'émerge que par différenciation/opposition directe à la théorie dominante, pendant que les tenants de la théorie dominante continuent de l'affiner et de la préciser.

a trait aux grandes évolutions que connaissent les systèmes de santé depuis une vingtaine d'années : la rationalisation économique (Hafferty et Light, 1995 ; Arliaud et Robelet, 2000 ; Scott *et al.*, 2000) et la rationalisation des pratiques – par des représentants du corps médical – dans le sens d'une médecine plus collective (Marks, 1999 ; Timmermans et Berg, 2003) conduisent-elles à renforcer les liens et, dans le même temps, à accentuer les fractures entre médecins à l'intérieur de la profession ?

Patrick CASTEL

GRESAC – LASS – CNRS
Réseau ONCORA
Centre Léon-Bérard
28, rue Laënnec – 69373 Lyon cedex 08

CASTEL@lyon.fnclcc.fr

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abbott A.**, 1988. – *The system of professions*, Chicago, The University of Chicago Press.
— 2001. – *The chaos of disciplines*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Ahrne G., Brunsson N., Garsten C.**, 2000. – « Standardizing through organization » dans **N. Brunsson, B. Jacobsson** (dirs.), *A world of standards*, Oxford, Oxford University Press, pp. 50-68.
- Akrich M., Méadel C.**, 2002. – « Prendre ses médicaments/prendre la parole : les usages des médicaments par les patients dans les listes de discussion électronique », *Sciences sociales et santé*, 20, 1, pp. 89-114.
- Amar L., Minvielle E.**, 2000. – « L'action publique en faveur de l'utilisateur : de la dynamique institutionnelle aux pratiques quotidiennes de travail. Le cas de l'obligation d'informer le malade », *Sociologie du travail*, 42, 1, pp. 69-89.
- Arliaud M., Robelet M.**, 2000. – « Réformes de santé et devenir du corps médical », *Sociologie du travail*, 42, 2, pp. 91-112.
- Barbot J.**, 2002. – *Les malades en mouvement*, Paris, Balland.
- Baszanger I.**, 1986. – « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, 27, 1, pp. 3-27.
— 1995. – *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Le Seuil.
— 2000. – « Entre traitement de la dernière chance et palliatif pur : les frontières invisibles des innovations thérapeutiques », *Sciences sociales et santé*, 18, 2, pp. 67-94.
- Batifoulier P., Cordonnier L., Zenou Y.**, 1992. – « L'emprunt de la théorie économique à la tradition sociologique. Le cas du don contre-don », *Revue économique*, 5, pp. 917-946.
- Begg C. B., Cramer L. D., Hoskins W. J. et al.**, 1998. – « Impact of hospital volume on operative mortality for major cancer surgery », *JAMA*, 280, pp. 1747-1751.
- Berg M.**, 1995. – « Turning a practice into a science : reconceptualizing postwar medical practice », *Social studies of science*, 25, pp. 437-476.
- Bloom S. W.**, 2002. – *The word as scalpel. A history of medical sociology*, New York, Oxford University Press.
- Borrás O.**, 1998. – *Les politiques locales de lutte contre le sida. Une analyse dans trois départements français*, Paris, L'Harmattan.

- Boudon R., Bourricaud F.**, 1982. – « Autorité » dans **R. Boudon, F. Bourricaud** (dirs.), *Dictionnaire critique de la sociologie*, Paris, Presses Universitaires de France, pp. 32-37.
- Bourricaud F.**, 1977. – *L'individualisme institutionnel. Essai sur la sociologie de Talcott Parsons*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Bucher R., Strauss A.**, 1961. – « Professions in process », *American journal of sociology*, 66, pp. 325-334.
- Callon M., Lascoumes P., Barthe Y.**, 2001. – *Agir dans un monde incertain*, Paris, Le Seuil.
- Castel P., Dalgalarondo S.**, 2004. – « L'impact de la médecine des preuves sur les pratiques thérapeutiques et les relations professionnelles. Le cas de la cancérologie pédiatrique », *Working paper*.
- Castel P., Friedberg E.**, 2004. – « Institutional change as an interactive process : the modernization of the French cancer centers », *Scancor Institutions Conference*, Stanford, Stanford University, 26-27 March.
- Castel P., Merle I.**, 2002 – « Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins. Le cas de la cancérologie », *Sociologie du travail*, 44, 3, pp. 337-355.
- Dalgalarondo S.**, 2000 – « Une recherche négociée : la recherche thérapeutique VIH en France », *Sociologie du travail*, 42, 1, pp. 159-183.
- 2004. – *Sida : la course aux molécules*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- Denquin S., Ferrand A.**, 2004. – « La coopération et la pluridisciplinarité comme principes normatifs : les réseaux de soins en cancérologie » dans **F.-X. Schweyer, S. Pennec, G. Cresson, F. Bouchayer** (dirs.), *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, Éditions ENSP.
- Dimick J. B., Cowan J. A., Ailawadi G. et al.**, 2004. – « National variation in operative mortality rates for esophageal resection and the need for quality improvement », *Archives of surgery*, 138, pp. 1305-1309.
- Dodier N.**, 2004. – *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- Epstein S.**, 1996. – *Impure science : activism, and the politics of knowledge*, Berkeley, University of California Press.
- Freidson E.**, 1970. – *Profession of medicine*, New York, Harper.
- 1984. – « The changing nature of professional control », *Annual review of sociology*, 10, pp. 1-20.
- 1999. – « Professionalism and institutional ethics » dans **R. Baker, A. Caplan, L. Emmanuel, S. Latham** (dirs.), *The American medical ethics revolution*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, pp. 124-143.
- Guillaume-Hofnung M.** (dir.), 2003. – « Droits des malades. Vers une démocratie sanitaire ? », *Problèmes politiques et sociaux*, 885.
- Hafferty F. W., McKinlay J. B.** (dirs.), 1993. – *The changing medical profession. An international perspective*, New York, Oxford University Press.
- Hafferty F. W., Light D. W.**, 1995. – « Professional dynamics and the changing nature of medical work », *Journal of health and social behavior*, 35, pp. 132-153.
- Hall O.**, 1948. – « The stages of a medical career », *American journal of sociology*, 53, pp. 327-336.
- 1949. – « The types of medical careers », *American journal of sociology*, 55, pp. 243-253.
- Halpern S. A.**, 1992. – « Dynamics of professional control : internal coalitions and cross-professional boundaries », *American journal of sociology*, 97, pp. 994-1021.
- Hassenteufel P.**, 1997. – *Les médecins face à l'État*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Karpik L.**, 1996. – « Dispositifs de confiance et engagements crédibles », *Sociologie du travail*, 38, 4, pp. 527-550.
- Kerleau M.**, 1998. – « L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des politiques de maîtrise des dépenses de santé », *Sciences sociales et santé*, 16, 4, pp. 5-34.
- Ligue Nationale Contre le Cancer**, 1999. – *Les malades prennent la parole. Le livre blanc des 1^{ers} États généraux des malades du cancer*, Paris, Ramsay.
- Marks H.**, 1999. – *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*, Paris, Institut Synthélabo.

- Ménoret M.**, 1999. – *Les temps du cancer*, Paris, CNRS Éditions.
- Moison J.-C., Tonneau D.**, 1999. – *La démarche gestionnaire à l'hôpital*. Tome 1 : *Recherche sur la gestion interne*, Paris, Seli Arslan.
- Mossé P.**, 1998. – « La rationalisation des pratiques médicales, entre efficacité et effectivité », *Sciences sociales et santé*, 16, 4, pp. 35-60.
- Parsons T.**, 1939. – « The professions and social structure », *Social forces*, 17, pp. 457-467.
— 1951. – *The social system*, Glencoe (Ill), Free Press.
- Pinell P.**, 1992. – *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*, Paris, Métailié.
- Rabeharisoa V., Callon M.**, 1999. – *Le pouvoir des malades. L'Association française contre les myopathies et la recherche*, Paris, Écoles des Mines de Paris.
- Robelet M.**, 2002. – *Les figures de la qualité des soins : rationalisations et normalisation dans une économie de la qualité*, Thèse de sociologie, Marseille, Université Aix-Marseille II.
- Scott W. R., Ruef M., Mendel P. J., Caronna C. A.**, 2000. – *Institutional change and health care organizations : from professional dominance to managed care*, Chicago, The Chicago University Press.
- Smith H. L.**, 1957. – « Psychiatry in medicine : intra- or inter-professional relationships ? » *American journal of sociology*, 63, pp. 285-289.
- Sosa J. A., Bowman H. M., Gordon T. A. et al.**, 1998. – « Importance of hospital volume in the overall management of pancreatic cancer », *Annals of surgery*, 228, pp. 429-438.
- Starr P.**, 1982. – *The social transformation of American medicine*, New York, Basic Books.
- Strauss A.**, 1992. – *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.
- Timmermans S., Berg M.**, 2003. – *The gold standard*, Philadelphia (PA), Temple University Press.
- Vassy C.**, 2000. – « Carrières et relations de pouvoir chez les médecins hospitaliers : une comparaison européenne » dans **G. Cresson, F.-X. Schweyer** (dirs.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Rennes, Éditions ENSP, pp. 71-86.