



HAL
open science

Visions profanes des réseaux de soins : comment les patients perçoivent les relations entre leurs soignants

Alexis Ferrand

► To cite this version:

Alexis Ferrand. Visions profanes des réseaux de soins : comment les patients perçoivent les relations entre leurs soignants. G.Cresson F.X.Schweyer. Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé, ENSP <http://www.editions.ensp.fr/sciences-humaines-sociales/recherche-sante-social/247-cooperations-conflits-concurrences-dans-systeme-sante>, pp.221-236, 2003. halshs-00197087

HAL Id: halshs-00197087

<https://shs.hal.science/halshs-00197087>

Submitted on 12 Mar 2008

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

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

Visions profanes des réseaux de soins : comment les patients perçoivent les relations entre leurs soignants

*Alexis Ferrand,
Institut de sociologie et CNRS CLERSÉ,
Faculté de sciences économiques et sociales,
Université de Lille I*

Les politiques de santé publique ont favorisé ces dernières années le développement de « réseaux » de médecins et de soignants paramédicaux¹. Ces réseaux visent une meilleure coopération entre les divers professionnels intervenants soit pour la prise en charge d'un même malade, soit dans la mise en place d'actions de prévention. Et cette coopération n'est elle-même qu'un moyen qui devrait permettre :

- a) une circulation des informations sur le patient ;
- b) d'éviter les examens à répétitions ;
- c) une optimisation des traitements.

De leur côté les patients ont, dans notre système de soin, des marges de manœuvre parfois très considérables et parfois très limitées, pour faire appel simultanément ou successivement à différents professionnels². Ils constituent ainsi leur « réseau de recours » : l'ensemble formé par les tous les professionnels de santé auxquels ils s'adressent pendant une période donnée (médecins généralistes ou spécialistes, intervenants paramédicaux, pharmaciens, dentistes, etc.) pour lesquels nous emploierons le terme général de « soignants ».

1. Cette communication est un résultat d'une recherche réalisée au CNRS-CLERSÉ, sous la direction de G. Cresson, en collaboration A. Ferrand et P. Lardé, et financée par le programme CNRS « Santé et Société ».

2. Ceci dépend d'une part des différences d'offres de soins ; d'autre part des différences de capacités sociales (ressources cognitives, financières...) et des différences d'orientation normative des patients.

Les enjeux pour le patient de la coopération entre ses soignants

La coopération c'est bien. Le mot est passablement lesté de connotations politiques et morales, et si on veut s'afficher contre la coopération, il faut s'être préparé des justifications solides. Ne pas coopérer c'est vouloir maximiser des intérêts égoïstes. Il semblerait donc que le patient ne peut que souhaiter que ses soignants coopèrent, puisque – par définition – chacun lui veut du bien et cherche à le soigner le mieux possible. Mais les enjeux sont plus complexes.

Il est certain que le patient peut souhaiter une coopération étroite entre ses soignants pour des raisons à la fois techniques et relationnelles. Une coordination peut éviter les pertes de temps, les redoublements, les traitements mal compatibles, etc. Elle peut éventuellement limiter l'impression de morcellement que ressent le patient passant de cabinets en salles de soins dans diverses spécialités. Le patient peut développer ainsi un désir irénique de coopération entre ses soignants. Et c'est assurément une des dimensions des représentations qu'un patient peut se forger relativement à ses soignants.

Mais le patient peut aussi ne pas souhaiter la coopération. Pour au moins trois raisons.

Dans une relation asymétrique, garder des marges de manœuvre

La relation soignant-malade est – le plus souvent – asymétrique. Le malade est dépendant, mais il a cependant des marges de manœuvre qui s'ouvrent plus ou moins dans différentes circonstances: choisir de s'adresser à un nouveau soignant; abandonner celui qu'il utilise actuellement; demander un double, ou un énième, avis concurrent; ne pas faire ce qu'il prescrit; faire ce qu'il prescrit et ajouter un autre traitement; etc.

Nous supposons ici que, pour certains types de patients, maximiser ces marges d'action est un enjeu important. Or une coopération forte entre les soignants d'un patient limite ces marges d'action³:

a) Un patient qui souhaite quitter un de ses soignants, sachant que celui-ci coopère avec un autre soignant qu'il conserve, peut rencontrer des difficultés: il est délicat de quitter le rhumatologue aux horaires impossibles s'il travaille main dans la main avec le kinésithérapeute qu'on veut garder.

3. Que les contraintes ou difficultés présentées ici puissent être purement dans la tête du patient sans aucune chance de se produire réellement n'a pas d'importance lorsqu'on s'interroge sur la construction par l'acteur d'une vision de ses marges d'action.

b) De même si un patient recherche un deuxième avis, par définition, il conviendrait qu'il soit étranger à toute coopération avec son réseau actuel de soignants, pour apporter un regard « extérieur » et « nouveau ».

c) Enfin si un patient prend des libertés avec les prescriptions d'un de ses soignants, il peut être obligé de le laisser connaître à un autre qui pourrait en parler.

Garder le contrôle de l'information et la liberté d'informer

Les patients se plaignent souvent amèrement du fait que les informations circulent mal entre leurs divers soignants. À juste titre: des catastrophes liées à des contre-indications sont parfois évitées de peu ou des examens refaits inutilement, etc.

L'absence de coordination entre les soignants est objectivement un dysfonctionnement technique et organisationnel. Mais ce dysfonctionnement est fonctionnel quant au *maintien de leur autonomie*: chacun peut diagnostiquer et prescrire sans contrôle par les pairs. Cependant la situation génère un paradoxe structural: en évitant de coopérer entre eux, et donc en préservant leur autonomie dans le champ des contrôles *entre* soignants, ils se mettent du coup sous la dépendance du patient comme pourvoyeur d'information (Friedson, Rhea, 1963). En effet les soignants sont alors obligés de s'adresser au patient pour savoir à la fois qui il est, ce qu'il a, mais aussi, ce que d'autres soignants lui ont fait. L'autonomie gagnée entre confrères est perdue dans la dépendance effective à l'égard du patient. Mais la dépendance à l'égard du patient a le très gros avantage d'une part d'être inscrite dans le cadre global de la dissymétrie de la relation (c'est une information qui est *due* par le patient dans le cadre de la convention implicite qui régule toute consultation; et c'est une information profane qui ne peut mettre en cause les compétences professionnelles du praticien) et d'autre part de pouvoir être totalement occultée⁴.

De leurs côtés, certains patients perçoivent de manière plus ou moins consciente la *position structurale* particulière qu'ils occupent ainsi. Et c'est une position forte: elle permet de moduler la présentation de soi selon les soignants rencontrés, de croiser des informations

4. « Occultée » au sens propre: le praticien ne « voit » pas, ne perçoit pas, comme une limitation de sa propre autonomie l'obligation de demander au patient ce que lui font ses confrères. Et la qualité éventuellement incertaine de l'information ainsi recueillie – pouvant au pire entraîner des erreurs de diagnostic – sera mise au débit du patient « qui ne peut tout comprendre » et non au débit d'une absence de coordination entre soignants. Un parallèle avec l'université serait intéressant: un enseignant ne va-t-il pas plus facilement demander à un étudiant « sympa » si tel collègue a déjà abordé une question particulière, plutôt que de s'adresser directement à celui-ci?

nouvelles avec des informations déjà reçues d'autres soignants, de laisser supposer qu'on en sait déjà plus qu'on en dit en posant sur son propre cas les questions les plus pertinentes et pointues, etc. Une coopération parfaite entre les soignants veut dire une information partagée entre eux, et pour les patients la perte d'un ressort de pouvoir et d'une marge d'autonomie.

Gérer le morcellement de la confiance

La relation soignant-malade est régulée par des normes collectives et des conventions interpersonnelles dans lesquelles la confiance réciproque remplace les clauses d'un contrat de service impossible à rédiger: il est entendu de part et d'autre qu'on fera tout ce qui est possible, et il est entendu que tout ceci reste « entre nous ».

Nous supposons que pour certains patients l'existence d'une convention de confiance à fort contenu interpersonnel tend à la rendre monopoliste: le patient peut avoir une confiance « absolue » en *un seul* soignant, son soignant principal, et cette confiance ne pourrait être ni morcelée et distribuée sur plusieurs soignants, ni reproduite à l'identique sur d'autres soignants (Cresson, 2000, 2001).

Nous ne supposons donc pas que tous les patients souhaitent de manière résolue et forte une coopération entre leurs soignants. Dans certains cas, ils auront des souhaits ambivalents, dans d'autres ils seraient réticents, ou même franchement hostiles, à ce qu'une coopération forte s'établisse. Et ces différents souhaits sont réalisés ou contrariés selon les types d'organisation des relations entre les soignants.

Comment le patient se représente son réseau de soignants

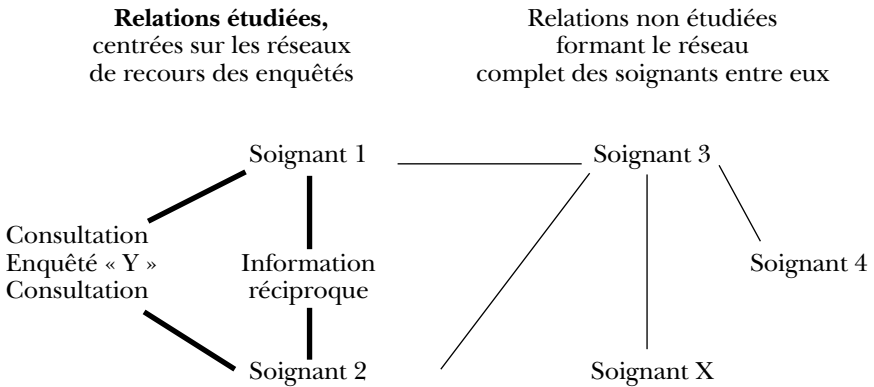
La sociologie structurale nous enseigne qu'une question cruciale pour tout acteur est d'évaluer correctement les relations entre ses partenaires pour pouvoir utiliser les opportunités qu'offre – selon les enjeux – leur isolement réciproque ou au contraire leur interconnaissance⁵. Nous venons d'illustrer quelques enjeux que l'interconnexion de ses soignants peut représenter pour un patient. Nous avons présenté cette petite structure d'interaction de la manière la plus simple en la limitant au réseau de soin personnel d'un patient, composé de ses relations directes avec chacun de ses soignants et des relations éventuelles entre ces derniers.

5. Pour une présentation de ce modèle d'analyse on peut se reporter à Lazega (1998), ou Degenne et Forsé (1994), ainsi qu'aux numéros spéciaux de la *Revue française de sociologie* (1995) et de l'*Année sociologique* (1997), Lazega (2001) analyse spécifiquement les mécanismes de la coopération entre pairs.

Changeons de point de vue, et considérons le réseau global des relations entre *l'ensemble* des soignants: elles dépendent des multiples patients qu'ils prennent en charge conjointement, des contacts entretenus lors de diverses rencontres médicales, d'anciennes solidarités d'étude, etc. Elles forment souvent des réseaux qui se déploient assez largement.

L'enquête utilisée ici a été menée auprès des patients. Elle permet d'étudier les relations qui constituent le réseau de recours de chaque enquêteur séparément. Elle ne permet pas de reconstituer le réseau complet des soignants entre eux. Le schéma ci-dessous illustre les relations décrites par les enquêtés et que nous pouvons étudier, et celles qui peuvent exister, mais sur lesquelles ce type d'enquête ne donne aucune information.

Représentation schématique des relations étudiées et non étudiées entre soignants



Ceci interdit de s'interroger sur la *structure globale* de ce réseau des soignants. Au sein de cette structure globale, les réseaux personnels de soins des différents acteurs sont des sortes de sélections locales, se situent dans des zones particulières de cette macrostructure. Une analyse de la structure globale présenterait l'avantage formel, théorique et méthodologique, de pouvoir tenir compte de circulations d'informations, de coopérations, de contrôles, comme *organisation collective* de l'ensemble des soignants. De plus, pour un patient donné, ceci permettrait de détecter les coopérations « indirectes », c'est-à-dire comment deux soignants d'un patient sont reliés par un troisième qui lui n'est pas son soignant (dans le schéma ci-dessus, le soignant 3, non consulté par l'enquêteur « Y », peut faire circuler de manière indirecte des informations entre soignant 1 et soignant 2).

Cependant le réseau personnel de soin reste un échelon d'analyse pertinent. D'une part parce qu'il est socialement et méthodologiquement assez facilement accessible, ce qui est moins le cas s'il s'agit de reconstituer les interrelations entre différents soignants. D'autre part parce qu'il permet de théoriser le *contexte cognitif pertinent des tactiques des acteurs*. On peut en effet supposer que les patients développent des stratégies circonscrites à ce que nous avons appelé une vision « bornée » de leurs réseaux (Ferrand, 1997) : il leur est très difficile de connaître et de tenir compte des effets potentiels de relations d'ordre 3 comme celles que nous venons d'évoquer.

Cette approche ne traite pas de ces tactiques elles-mêmes ; elle ne cherche pas à comprendre globalement comment l'acteur choisit ses médecins, ni précisément comment il maintient ou renouvelle son réseau de recours. Elle suppose que l'acteur élabore ces tactiques en fonction de la représentation qu'il se forme de son réseau à un moment donné et cette communication porte seulement sur la manière dont *l'acteur perçoit son propre réseau à un moment donné*. On insistera sur la vision qu'a l'acteur d'une *propriété* particulière de son réseau de recours : la manière dont il *suppose qu'un de ses soignants ne sait pas que tel autre soignant s'occupe aussi de lui*. Nous appellerons cette propriété la *segmentation perçue* du réseau de recours : plus le patient suppose que ses soignants ignorent leurs interventions respectives, plus le réseau est perçu comme segmenté.

Cette vision, ces idées que le patient se forme sur la manière dont un soignant est informé du fait qu'il en consulte un autre, ou qu'il l'ignore, est une cognition qu'on peut ranger dans la classe très générale des représentations, mais en sachant qu'il s'agit ici de se représenter des « objets » extrêmement particuliers : des relations entre acteurs. On sait que les représentations portant sur des « acteurs sociaux » sont très puissamment marquées par des processus de catégorisation qui permettent à l'acteur d'ordonner son monde social. Il en est de même pour les relations entre acteurs qui sont investies des principes normatifs gouvernant à la fois la distribution des domaines de la vie sociale et l'organisation hiérarchique et statutaire des interactions. Les catégories « médecin de famille », « infirmière », « kinésithérapeute », « rebouteux », « pharmacien », « ostéopathe », « otologue », etc. sont des catégories très « fortes » qui définissent le monde et l'ordre des soins. Quant aux relations entre ces acteurs, elles sont au minimum interprétées en termes hiérarchiques et en termes techniques de compétences. En ce sens, nous supposons que la représentation que se forme un patient de son réseau de soin est une cognition fortement cadrée socialement.

D'un autre côté elle est aussi sous la dépendance plus spécifique des pratiques passées de chaque patient et de sa situation actuelle : nous

avons évoqué comment la coopération entre ses soignants peut représenter un enjeu positif ou négatif pour un patient. En ce sens nous supposerons :

- que cette représentation ne résulte pas d'une sorte de mémorisation des discussions que le patient a eu avec les uns ou les autres, et au cours desquelles il aurait informé l'un que l'autre le soignait aussi ;
- que cette représentation n'est pas une déduction logique relative à l'idée qu'on peut se former des circuits d'informations qui peuvent exister professionnellement ;
- que cette représentation est avant tout *conditionnée par les enjeux stratégiques de l'acteur*, qu'elle est une vision de son réseau d'abord cohérente avec le type de stratégie qu'il adopte, une vision « arrangée et réarrangée » en fonction de cette stratégie.

Une enquête dans deux localités

Une enquête par questionnaire menée dans deux localités (voir annexes) auprès de deux fois 250 personnes a permis d'observer comment les gens construisent leur propre « réseau personnel de soins » et comment ils construisent leur réseau d'échange d'informations sur la santé. L'enquête porte sur un échantillon raisonné, non représentatif, de la population des deux sites, qui retient deux milieux sociaux « extrêmes »⁶.

Le réseau de recours à des soignants de tous types est décrit en détail : chaque soignant doit être cité précisément, et une série de questions était posée à propos de chacun d'entre eux. À la fin de cette série de questions permettant de faire décrire chacune des relations avec les soignants consultés au cours des 6 derniers mois, le questionnaire cherchait à enregistrer comment l'acteur percevait l'information de chacun d'entre eux sur les autres recours de l'enquêté. L'enquêteur

6. Appartiennent aux catégories « populaires » :

- les hommes ouvriers qui vivent seuls, ou dont la conjointe est une employée ou une ouvrière, (une ancienne employée ou une ancienne ouvrière si inactive actuellement) ;
- les femmes ouvrières (quelle que soit la profession ou l'inactivité du conjoint si en couple) ;
- les femmes employées à condition que le mari ou concubin soit ouvrier ;
- les femmes inactives dont le mari ou concubin est ouvrier.

Appartiennent aux catégories « supérieures » :

- les hommes ou les femmes chefs d'entreprise, cadres supérieurs ou profession libérale, quelle que soit la profession de leur éventuel (le) conjoint(e) ou concubin(e) et même s'il ou elle est inactif/ve ;
- de plus, les femmes des professions intermédiaires, à condition qu'elles vivent en couple avec un homme lui-même chef d'entreprise, cadre supérieur ou ayant une profession libérale.

reportait dans les marges d'une grille préconstruite les initiales de chacun des soignants cités (S1, S2, SX, etc.) en ligne, puis en colonne. Ensuite il introduisait la question ainsi :

« Il arrive qu'un médecin sache qu'on consulte aussi un autre médecin, ou alors il arrive qu'on ait raconté à notre pharmacien que le remède de tel herboriste a fait du bien pour des insomnies ou autre chose... En réfléchissant bien, est-ce que vous pensez que « S1 » – l'enquêteur cite les initiales en marge de la première ligne du tableau – sait à qui d'autres vous faites appel pour votre santé? Pouvez-vous me dire les gens auxquels il, elle, sait que vous faites appel pour votre santé? »

L'enquêteur note alors tous les soignants – sauf S1 (celui évoqué en début de question) donc entre S2 et S6⁷ – dont l'enquête suppose que le premier « S1 » connaît l'existence dans son réseau de soin. Puis on passe à la seconde ligne, au soignant « S2 », pour lequel on répète l'opération, jusqu'à extinction de la liste. Il faut noter que l'enquête a sous ses yeux une fiche aide-mémoire avec la liste de toutes les initiales qu'il a citées pour composer son réseau de recours.

Le questionnaire et l'enregistrement des données respectent l'asymétrie possible de l'information : le patient peut supposer que son généraliste sait qu'il consulte tel spécialiste, mais que ce spécialiste ne sait pas qu'il consulte ce généraliste : la relation $S1 = > S2$ n'implique pas nécessairement la relation $S1 < = S2$.

Types de relations et degrés de segmentation perçue du réseau

Comme nous l'avons indiqué, nous considérons la composition du réseau⁸ comme le résultat de la stratégie de l'acteur. Nous prenons ici cette composition comme une donnée pour nous intéresser uniquement à la perception d'un type d'interrelations entre soignants⁹.

Et, en considérant le rôle important des médecins généralistes, nous allons limiter nos analyses aux enquêtés ayant cité au moins un généraliste¹⁰. Et pour que des interrelations soient concevables il faut évidemment au minimum qu'un second soignant ait été cité pour les 6 derniers mois.

7. C'est le nombre maximum de soignants qui ont été cités.

8. La « composition » du réseau, c'est simplement le nombre de soignants consultés, et les proportions de soignants de telle ou telle spécialité.

9. Seul le fait de penser que tel soignant est au courant, que tel autre soigne aussi l'enquêté est examiné. Ce n'est donc pas la vision par les acteurs des interrelations – de tous types – entre médecins qui est examinée; c'est-à-dire que ce n'est pas la représentation globale « du milieu social » des soignants qui est en jeu ici. Une telle représentation peut constituer un cadre cognitif pertinent pour l'acteur, et devrait être étudiée en elle-même.

10. Soit 474 enquêtés : 43 n'ont pas cité au moins un généraliste. Trois personnes citent 2 généralistes. Et 2 personnes en citent 3.

Une catégorisation détaillée des soignants était proposée sous forme d'une carte présentée lors de la passation du questionnaire. Nous avons regroupé ici les soignants et retenu 4 catégories (nous n'examinerons pas le cas des dentistes¹¹):

- Généraliste,
- Spécialiste, y compris pédiatre, gynécologue,...
- Pharmacien
- Paramédicaux, y compris infirmières, kinésithérapeutes, opticiens...

Nous n'étudierons ici que les relations centrées sur le généraliste, et seulement la manière dont le généraliste est supposé informé de l'existence des autres soignants consultés par le patient. Il faudra examiner ultérieurement la question de la plus ou moins grande symétrie dans l'information que le patient prête aux relations entre ses différents soignants: si ce généraliste connaît l'existence de ce spécialiste, ceci implique-t-il systématiquement que ce spécialiste connaît l'existence de ce généraliste?

En ne retenant dans le tableau ci-dessous que les enquêtés qui ont consulté au moins un généraliste lors des six derniers mois, on voit que durant la même période les contacts avec d'autres catégories de soignants sont très variables: dans un cas sur deux (53 %) ils voient aussi un pharmacien, dans un cas sur 5 (22 %) ils voient aussi au moins un spécialiste, dans un cas sur dix (10 %) ils voient aussi un soignant paramédical.

**Distributions des enquêtés
selon les nombres de soignants cités de chaque catégorie**
(Si l'enquêté a cité au moins un généraliste)

Nombre de soignants cités	Spécialistes		Paramédicaux		Pharmaciens	
	N	%	N	%	N	%
0	372	78	426	90	223	47
1	88	19	44	9	251	53
2	14	3	4	1		
Tous	474	100	474	100	474	100

Lire: 19 % des enquêtés qui ont consulté au moins un généraliste au cours des 6 derniers mois, ont déclaré avoir vu un spécialiste au cours des six derniers mois. 3 % ont déclaré avoir vu deux spécialistes.

11. Ni celui des 5 soignants « parallèles » qui ont été mentionnés sur les 1040 soignants cités.

Il aurait été envisageable de calculer des indicateurs tenant compte des compositions globales des réseaux de recours constitués par les patients. Mais ces compositions offrent des combinaisons qualitativement très variées, et structurellement peu comparables. Nous avons donc utilisé une approche plus analytique en examinant le sous-réseau formé chaque fois par le généraliste et *un seul autre type de soignant*: le généraliste et les spécialistes, puis le généraliste et les paramédicaux, puis le généraliste et les pharmaciens. Ceci permettant de comparer de manière plus homogène tous les patients (certes au prix d'une perte d'information structurale: on ne tient plus compte de la présence possible d'autres types de soignants). Les populations de référence sont évidemment différentes en taille et en contenu selon les sous-réseaux examinés.

Comme indicateur synthétique de segmentation nous avons simplement calculé le rapport entre le nombre de relations *possibles* entre le généraliste et un certain type d'autres soignants (donc en fonction des soignants cités) et le nombre de cas où le généraliste a été mentionné *comme étant supposé connaître cet autre soignant*. Vu la faible taille des réseaux, (et donc des dénominateurs) ces proportions prennent forcément des valeurs seuils très typées 0; 0,33; 0,5; 1,0. Mais vu la très faible fréquence des valeurs intermédiaires¹², nous regrouperons les résultats sous forme dichotomique: les soignants sont supposés ne pas se connaître ou se connaître tous.

Distribution des enquêtés selon que le réseau entre le généraliste et d'autres soignants est segmenté ou connecté; selon les catégories de soignants concernés

	Généraliste => Spécialistes		Généraliste => Paramédicaux		Généraliste => Pharmaciens	
Segmenté	27	26	18	38	75	30
Connecté	75	74	30	62	176	70
Tous	102	100 %	48	100 %	251	100 %

Lire: 26 % des enquêtés qui ont au moins un généraliste et au moins un spécialiste pensent que leur généraliste ignore quel spécialiste ils consultent par ailleurs.

12. Des proportions intermédiaires sont constatées dans 8 % des cas lorsqu'il s'agit du sous-réseau Généraliste => Spécialiste et dans 0,5 % des cas pour le sous-réseau Généraliste => Paramédicaux.

Globalement les enquêtés (entre deux tiers et trois quarts des cas) ont tendance à penser que leur généraliste est informé de qui sont les autres soignants qu'ils consultent: ils ont donc une représentation dans laquelle une coopération, sans être évidente, est au moins envisageable.

C'est l'information du généraliste à propos des paramédicaux qui est la moins fréquente, comme si les contacts étaient moins utiles et/ou les adressages moins fréquents.

Les facteurs qui pèsent sur les représentations des réseaux de soins

L'appartenance des enquêtés à l'une ou l'autre des deux localités étudiées n'a pas d'effet significatif sur la manière dont ils se représentent leurs réseaux de soins, que ce soit le réseau de relations entre généralistes et spécialistes ($\text{Chi}^2 = 1,0$ Prob = 0,3), généraliste et paramédicaux ($\text{Chi}^2 = 0,0$ Prob = 0,8), ou généraliste et pharmaciens ($\text{Chi}^2 = 2,0$ Prob = 0,15).

Distribution des enquêtés selon que le réseau entre le généraliste et d'autres soignants est segmenté ou connecté; selon les catégories de soignants concernés, selon les localités

Localités	Généraliste => Spécialistes			Généraliste => Paramédicaux			Généraliste => Pharmaciens		
	Segmenté %	Connecté %	Tous N	Segmenté %	Connecté %	Tous N	Segmenté %	Connecté %	Tous N
Lens	31	69	52	28	72	23	31	69	135
Tourcoing	22	78	50	48	52	23	30	71	116
Chi2 Prob	1 0,3		102	0,0 0,8		46	2,0 0,15		251

Lire: 31 % des enquêtés de Lens (ayant cité au moins un généraliste et un spécialiste) pensent que leur généraliste ne sait pas quel spécialiste ils consultent.

Cette absence de particularité locale est un résultat significatif puisque nous avons mis en évidence, pour les localités étudiées, un certain nombre de différences et de spécificités locales, que ce soit dans le domaine des relations médecin-malade, des modèles de pratique médicale, ou dans celui des discussions interpersonnelles à propos de la santé (Cresson, Ferrand, Lardé, 2001). Les processus de perception du réseau échappent donc à ces influences locales.

Si l'on examine cependant l'orientation des résultats, les Lensois sembleraient percevoir leur réseau de relation « généraliste => spécialistes » comme plus segmenté. Cresson ayant montré notamment que la confiance dans les médecins est plus forte à Tourcoing, mais aussi que l'écart entre la confiance accordée au « médecin personnel » et aux « autres médecins » est plus important à Lens qu'à Tourcoing, on aurait pu imaginer qu'un processus de délégation de confiance au généraliste pour recommander un spécialiste – et donc par définition le connaître – aurait été plus fréquent à Lens pour combler ce déficit de confiance. Il n'en est rien.

Par contre l'appartenance à l'un ou l'autre *milieu social* retenu pour constituer les échantillons a un effet sur la structure perçue du réseau liant le généraliste au(x) spécialiste(s).

Distribution des enquêtés selon que le réseau entre le généraliste et d'autres soignants est segmenté ou connecté ; selon les catégories de soignants concernés, selon les milieux sociaux

Localités	Généraliste => Spécialistes			Généraliste => Paramédicaux			Généraliste => Pharmaciens		
	Segmenté %	Connecté %	Tous N	Segmenté %	Connecté %	Tous N	Segmenté %	Connecté %	Tous N
Milieux supérieurs	36	64	59	41	59	22	34	66	115
Milieux Populaires	14	86	43	35	65	26	26	74	134
Chi2 Prob	6 0,01		102	0,2 0,65		48	2 0,16		250

Live: 36 % des enquêtés de milieux supérieurs (ayant cité au moins un généraliste et un spécialiste) pensent que leur généraliste ne sait pas quel spécialiste ils consultent.

Les enquêtés issus de milieux supérieurs ont un peu plus tendance à penser que leur généraliste n'est pas informé des spécialistes qu'ils consultent que les enquêtés de milieux populaires (respectivement 36 % et 14 %). La même tendance se retrouve – bien que de manière non significative – pour les deux autres types de réseaux : les milieux aisés pensent plus souvent que leurs généralistes ne connaissent pas leurs paramédicaux (41 % contre 35 %) ou leurs pharmaciens (34 % contre 26 %).

Cette tendance globale – que des données plus extensives rendraient vraisemblablement plus clairement significative – est importante.

On sait que les « consommations » médicales des milieux aisés ont tendance à être plus importantes (Breuil-Genier, 2000; Lombrail, 2000). La taille de leurs réseaux de recours est aussi plus importante. Mais essentiellement parce qu'ils sont plus nombreux à faire appel à un ou des spécialistes (26 % contre 17 %) ¹³.

Les résultats présentés ici indiquent une propriété *qualitative et structurale* forte des réseaux tels que pensés stratégiquement par les acteurs: *leur différence de segmentation*. Ce n'est la vision ni du volume, ni de la composition du réseau de recours, mais de son organisation structurale (sociométrique) que nous pouvons ainsi enregistrer.

Les enquêtés de milieux aisés tendent à être plus nombreux à se conformer à un modèle où le patient cherche à se préserver *une plus grande autonomie* dans ses pratiques de consultation car son généraliste est moins à même d'avoir des informations sur l'ensemble des spécialistes auxquels il s'adresse, et *a fortiori* est-il moins à même de contrôler ces pratiques de consultation. Dans cet esprit, il est peu étonnant que les différences entre milieux sociaux soient les plus marquées sur le type de recours le plus stratégique: celui à des spécialistes.

Mais les écarts entre milieux aisés et milieux populaires ne doivent pas masquer la tendance de fond commune: approximativement deux tiers des enquêtés pensent que leur généraliste sait à quel spécialiste ils s'adressent.

Conclusion

L'approche présentée ici éclaire une dimension peu analysée des réseaux de recours. Les caractéristiques le plus souvent retenues concernent le nombre de praticiens et leurs spécialisations, la fréquence des différentes visites, les motifs de choix des praticiens, etc. Nous avons étudié ici *non pas la composition mais l'agencement* du réseau de recours, c'est-à-dire une *propriété structurale*.

L'analyse porte sur la manière dont l'acteur *perçoit* cet agencement. Son but n'est pas de rendre compte des contraintes structurales que les relations *effectives* entre praticiens exercent les unes sur les autres (ce genre d'analyse est engagé par ailleurs ¹⁴). Par contre elle permet d'identifier *un* des contenus cognitifs qui servent de cadre aux tactiques des patients dans leurs relations avec leurs soignants, c'est-à-dire dans la manière dont ils maintiennent ou transforment leurs

13. Voir des analyses détaillées dans G. Cresson (2001).

14. À travers un ensemble de travaux réalisés par M. Castra, G. Cresson, S. Denquin, A. Ferrand, P. Lardé, dans le cadre du CLERSÉ.

réseaux de recours. Une analyse structurale donne une importance particulière à ce type de contenu cognitif car elle cherche à montrer comment les interactions dans une relation sont sous la dépendance *des autres relations* des partenaires formant toutes ensemble des agencements variés : il conviendrait maintenant de vérifier de quelles manières ces représentations des structures des réseaux de recours sont liées avec des jugements et des pratiques différentes des patients.

Cette propriété perçue du réseau en dit moins qu'un relevé précis des relations d'adressage parce que la nature du lien supposé entre les soignants est très générale et vague. Mais elle en dit plus car elle décrit aussi des relations perçues entre soignants qui peuvent résulter de tous autres processus que l'adressage spécifique de l'enquêté ; et également parce qu'elle peut concerner tous les types de soignants (les relations d'adressage ne concernent que les prescripteurs).

Au moment où les pouvoirs publics exhortent les soignants à coordonner leurs efforts et à former des réseaux, mais au moment aussi où ils se préoccupent de faire reconnaître au patient un statut de « sujet » du système de santé, il nous semble pragmatiquement utile de joindre ces deux bonnes intentions en une interrogation unique sur la façon dont les « sujets » perçoivent leurs réseaux de soignants. Cette vision profane d'un aspect du système de soin n'est ici qu'esquissée ; mais cet aperçu révèle cependant l'existence d'un objet pertinent pour l'analyse des transformations du système de santé : les processus de « mise en réseaux » des professionnels supposent qu'ils acceptent des structures de coopérations viables ; ils supposent aussi que « les sujets » perçoivent ces jeux, les acceptent, et puissent y situer leurs stratégies de recours aux soins. Si, massivement, les patients reconnaissent que leur généraliste est au courant de leur appel à d'autres soignants (reconnaissance qui laisse augurer une attitude positive à l'égard d'une formalisation des réseaux de soins) les données montrent aussi qu'on retrouve au niveau des propriétés structurales des réseaux de recours des écarts sociaux observés au niveau de leurs compositions. La plus grande autonomie structurale que se préservent les classes supérieures peut alerter les gestionnaires du système de santé sur le possible développement de stratégies de contournement des coopérations officialisées par les patients disposant de ressources sociales et économiques plus importantes.

Annexe

Les deux sites d'enquête

1. La ville de Tourcoing est la troisième ville de la Région Nord – Pas-de-Calais (93 765 habitants), dans une situation intermédiaire entre celles des deux autres villes importantes de la communauté urbaine, Lille et son développement tertiaire de capitale régionale et Roubaix dans une situation plus défavorisée et contrastée. Tourcoing demeure une ville riche, tout en comportant des quartiers défavorisés faisant l'objet d'interventions lourdes dans le cadre des politiques de la ville (ZUP de la Bourgogne, par exemple). C'est aussi une ville où il existe une tradition extrêmement développée de l'action sociale à travers son Centre communal d'action sociale. Depuis 1992 il existe, autour du Programme local d'insertion tourquennois un dispositif de « réseau partenarial santé » (auquel l'une d'entre nous est associée) qui réunit acteurs du social et prestataires de soins dans des actions communes. L'hôpital général, représenté dans ce réseau, a par ailleurs développé ses fonctions sociales (accueil aux urgences...) et manifeste une volonté d'ouverture sur la ville en termes de services.

2. La ville de Lens est la onzième ville du Nord – Pas-de-Calais, et celle qui a perdu le plus d'habitants entre les deux derniers recensements. Elle est située au cœur du bassin minier; des études récentes de l'Observatoire régional de la santé ont montré que ce bassin minier dans son ensemble connaît une situation sanitaire préoccupante combinant sous-équipement médical et morbidité importante. Par ailleurs, l'existence du régime minier introduit un autre type d'organisation du système de soins; régime minier et régime général coexistent sur cette zone, et c'était l'une des raisons de notre choix. La ville de Lens est le centre d'une conurbation, dont nous avons retenu la seconde commune, Liévin, aux côtés de Lens dans notre enquête de terrain.

Distribution des types de soignants cités (N = 1 039) par l'ensemble des enquêtés

	N	%
Généralistes	481	46,29
Tous spécialistes	121	11,65
Pharmaciens	267	25,70
Paramédicaux	53	5,10
Dentistes	112	10,78
Alternatif	5	0,48

Bibliographie

Breuil-Genier P. (2000), « Généraliste puis spécialiste, un parcours peu fréquent », INSEE, *Insee-Première*, n° 709.

- Cresson G., Ferrand A., Lardé P. (2001), *Les systèmes locaux de santé; Modèles médicaux des généralistes; relations de confiance et production des réputations dans la population. Étude de deux localités*, Lille, CNRS, CLERSÉ.
- Cresson G. (2000), « La confiance dans la relation médecin-patient », in Cresson G., Schweyer F.-X. (dir.), *Les usagers du système de soins*, Éditions ENSP, 2000.
- Degenne A., Forsé M. (1994), *L'analyse des réseaux*, Paris, Armand Colin.
- Ferrand A. (1997), « La structure des systèmes de relations », *L'année sociologique*, vol n° 47, n° 1, p. 37-54.
- Freidson E., Rhea B. (1963), « Processes of control in a company of equals », *Social Problems*, XI, p. 119-131.
- L'année sociologique* (1997), vol. n° 47, n° 1, numéro spécial « Les réseaux sociaux », (présentation de Forsé M. et Langlois S.)
- Lazega E. (1998), *Réseaux sociaux et structures relationnelles*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ».
- Lazega E. (2001), *The Collegial Phenomenon: The Social Mechanisms of Cooperation Among Peers*, Oxford University Press.
- Lombrail P. (2000), L'accès aux soins, in Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (dir.), *Inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte.
- Revue française de sociologie* (1995), XXXVI, 4, numéro spécial, « Analyse de réseaux et structures relationnelles », (traductions et présentations par Lazega E.).