



HAL
open science

Voyage en médecine de campagne : le cabinet médical sous le regard de l'ethnologue

Aline Sarradon

► **To cite this version:**

Aline Sarradon. Voyage en médecine de campagne : le cabinet médical sous le regard de l'ethnologue. Géraldine Bloy; François-Xavier Schweyer. Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale, Presses de l'EHESP, 2010, 978-2-8109-0021-3. halshs-01422017

HAL Id: halshs-01422017

<https://shs.hal.science/halshs-01422017>

Submitted on 23 Dec 2016

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.

Sarradon-Eck A., « Voyage en médecine de campagne : le cabinet médical sous le regard de l'ethnologue », In Bloy G. et Schweyer FX, *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Éditions EHESP, 2010, pp.99-115.

Voyage en médecine de campagne : le cabinet médical sous le regard de l'ethnologue

Le cabinet du médecin généraliste est un monde familier dans lequel la plupart d'entre nous est entré au moins une fois pour soi-même ou pour un proche. C'est pourtant son exploration que propose ce texte, dans le courant d'une « ethnologie du présent » (Althabe, 1992). À l'instar des rares travaux anthropologiques sur le sujet (Balvet, Durrif, 1982 ; Faliu, 1987), ce « voyage dans l'immédiat » (Urbain, 2003) suppose d'envisager le monde du généraliste comme un langage, un ensemble de signes qui se logent dans les détails, parfois minuscules, des gestes et du décor, permettant de décrypter les valeurs, les représentations, les normes implicites et les codes qui structurent le métier de généraliste. En suivant les concepts d'E. Goffman (1973 a, b), il s'agit d'examiner « la mise en scène de la vie quotidienne » du généraliste dans son exercice professionnel, et plus particulièrement la « présentation de soi ».

La méthodologie suivie est celle de la description ethnographique de dix cabinets de médecins généralistes installés en zone rurale ou semi-rurale. L'objectif de l'enquête de terrain, qui s'est déroulée d'avril 2002 à octobre 2004, était de partager le quotidien du soignant en assistant aux consultations, en l'accompagnant dans ses visites au domicile des patients, dans ses déplacements en institution (maison de retraite, hôpitaux locaux), dans des réunions professionnelles. Nous avons pu observer les temps de soins, mais aussi les temps hors soins comme la lecture du courrier, les appels téléphoniques, ainsi que les trajets, les temps de pause (et parfois les repas) qui sont des moments particulièrement propices à l'expression par le médecin de la perception de son rôle, de ses opinions, mais aussi de ses difficultés professionnelles ou personnelles, de ses émotions. Nous avons également observé les différents espaces qui composent le cabinet d'un généraliste et la circulation des professionnels (médecin, secrétaires) et des usagers dans ces différents espaces¹.

L'ethnographie est une activité perceptive. Elle est d'abord un regard qui, avant de « bien regarder et de tout regarder, en distinguant et en discernant ce que l'on voit », doit passer par une phase de « disponibilité et d'attention flottante » pour se laisser approcher par l'imprévu (Laplantine, 1996 : 16). Mais ce n'est pas une perception exclusivement visuelle,

¹ L'équipe ayant conduit l'ensemble de la recherche est composée de cinq chercheurs (quatre anthropologues et un sociologue), dont trois sont aussi médecins généralistes avec une bonne connaissance des conditions d'exercice de la médecine générale, des codes et du système de pensée de ce groupe professionnel. Nous avons choisi d'étudier les pratiques d'un groupe de généralistes *relativement* homogène sur certains critères en cohérence avec la problématique de l'étude (zone rurale ou semi rurale, pratique allopathique dominante, zone géographique délimitée : départements 13, 84, 04, 05, ouest du 83). Néanmoins, à l'intérieur de cette relative homogénéité, nous avons cherché une diversité des situations et des pratiques au niveau de l'âge et du genre des médecins, du mode d'exercice (seul ou en groupe), de la présence d'un secrétariat. La durée des observations a oscillé entre une et deux semaines consécutives, du début de l'activité du médecin jusqu'à la fin de celle-ci au cours de sa journée. Une partie des consultations des généralistes a été enregistrée afin de permettre une analyse fine de l'interaction soignant-soigné, mais aussi de contrôler la subjectivité du chercheur lorsqu'il est dans une position d'observateur. Sur les dix médecins observés, un seul est maître de stage, les neuf autres n'ayant jamais accueilli ni stagiaire, ni observateur dans leurs consultations. Des entretiens ont également été réalisés avec ces médecins, souvent à la fin de la période d'observation pour confirmer, affiner ou nuancer certaines données de l'observation. Ils ont permis d'avoir accès à des informations complémentaires comme la biographie des médecins, leurs souvenirs, leurs savoirs mais aussi leurs représentations. Nous avons ainsi interrogé leurs parcours professionnels et leurs motivations personnelles, leurs modèles et idéaux professionnels, leurs trajectoires personnelles (Sarradon-Eck et al, 2004).

elle fait aussi appel aux perceptions olfactives, nombreuses dans un cabinet médical entre les antiseptiques et les fluides corporels. Au regard s'ajoute l'écoute. Une écoute empathique du langage, verbal et non-verbal, l'écoute des différents « bruits » qui ponctuent l'activité de « l'observé » (les cris et les pleurs, les jouets d'enfants, la sonnerie du téléphone). Cette accumulation du sensible offre le matériau nécessaire pour une reconstruction de la réalité sociale selon un découpage qui décrit les réseaux de sens reliant les pratiques professionnelles et les logiques transversales qui sous-tendent l'activité médicale. De plus, comme le souligne O. Schwartz (1993 : 267), l'ethnographie donne accès à des pratiques occultées, mais aussi très visibles et familières auxquelles les individus ne portent pas attention, à des dimensions implicites ou invisibles, à des réalités trop ordinaires et trop évidentes pour pouvoir être explicitées.

Sans restituer l'ensemble du matériau ethnographique collecté, ce chapitre propose la description ethnographique de quelques espaces qui composent les cabinets médicaux, ainsi que quelques gestes et rythmes de travail chargés de sens, pour mieux pénétrer dans l'univers des généralistes.

1- Des espaces

Dans l'exploration du cabinet médical proposée ici, il ne s'agit pas de décrire les espaces qui le composent comme des lieux de l'action, au travers des nombreuses interactions qui s'y déroulent. La démarche suivie est celle de la description ethnographique des *espaces*, au sens où l'entend De Certeau (1990), c'est-à-dire des « pratiques » des lieux et des objets qui s'y trouvent. Elle s'attache à décrire l'organisation des espaces et leurs usages, afin d'en dévoiler le sens. Elle analyse la construction sociale et culturelle de cet espace singulier qu'est le cabinet médical à la frontière entre l'espace public et l'espace privé.

1-1- Le local

Les médecins généralistes, qu'ils exercent en zone urbaine ou rurale, n'aménagent plus comme leurs aînés leur cabinet dans une ou plusieurs pièces de leur domicile². Les cabinets visités obéissent à cette nouvelle norme de séparation des espaces professionnels et privés. En dehors d'un médecin vivant temporairement dans son cabinet, les autres ont leur domicile distant parfois de plus de quinze kilomètres de leur lieu de travail. Qu'ils aient été construits pour l'usage professionnel, ou aménagés à cette fin, les cabinets médicaux comportent tous au minimum une salle d'attente, un bureau médical et des toilettes. Les plus grands ont un accueil-secretariat, lieu de passage des patients et des professionnels, espace de tri qui mériterait à lui seul une analyse de ses usages et des interactions entre les différents acteurs. Après un premier échange avec la secrétaire, ou en l'absence de secrétariat, l'utilisateur entre dans la salle d'attente, soit directement (lorsque le hall et la salle d'attente sont confondus), soit après avoir traversé un couloir. À l'instar d'autres lieux de consultations médicales (voir en particulier les centres de PMI étudiés par Farnarier, 2003), le couloir cumule plusieurs fonctions : lieu de passage, lieu de parking pour les poussettes, il est aussi un espace d'attente pour les patients qui ne trouvent pas de place dans la salle réservée à cet effet ou qui veulent la contourner. Des affichettes sur les murs portant des informations sur le cabinet (horaires, tarifs, etc.) ou des prospectus d'information médicale et de prévention, contribuent à faire de ces lieux des seuils entre l'espace public de la rue et l'espace professionnel du médecin. C'est aussi le couloir que reprend l'utilisateur pour quitter le cabinet médical. Il s'y attarde alors pour finir d'enfiler un manteau, ranger l'ordonnance et la feuille de soins dans un sac, essuyer une

² Il s'agit d'un constat qui repose sur notre connaissance du terrain, ainsi que sur des données recueillies pendant la phase préparatoire de l'enquête.

larme, lisser ses émotions. Le couloir devient un seuil inversé, une étape pour effacer les signes de la visite au médecin et retourner dans l'espace public de la rue.

1-2 -Les salles d'attente

Dans la plupart des cabinets médicaux, l'utilisateur ne traverse pas la salle d'attente après la consultation. Les médecins ont aménagé la circulation des personnes dans leur cabinet pour lui éviter de croiser les regards des autres patients. La salle d'attente n'est qu'un lieu de passage à « sens unique », un espace uniquement dédié à l'attente, mais aussi l'antichambre de l'univers du médecin. Illustrons ce premier contact par l'exemple de deux des cabinets observés.

Dans un village touristique et résidentiel du Var, à quelques kilomètres de la côte, la salle d'attente est vaste et lumineuse. Le mobilier est stylé, les fauteuils sont confortables, l'ambiance est chaleureuse. Des chaises pliantes dans un coin de la pièce rappellent qu'en cas d'affluence, les patients trouvent toujours un siège pour s'asseoir. Les enfants ne sont pas oubliés, une petite chaise en bois leur étant destinée. De grandes plantes vertes égayent la pièce. Une table basse au milieu de la pièce accueille des revues exclusivement féminines (*Elle, Marie-Claire*), en bon état et récentes, ce qui contrarie certains patients qui estiment qu'il n'y a pas de magazines « intéressants ». Les bureaux des deux médecins sont séparés de la salle d'attente par une paroi mal insonorisée. Aussi, pour assurer la confidentialité, des enceintes diffusent en continu les programmes de France-Inter, ce qui plaît à certains patients (« *c'est bien cette radio, tout à l'heure j'ai pu entendre les informations... On perd moins son temps* », dame, 70 ans), et déplaît à d'autres (« *ils pourraient nous mettre une radio plus gaie, avec un peu plus de musique, ils ne font que parler sur cette radio. Ils sont un peu intellos ces docteurs* », homme, 45 ans). Une affichette réglementaire avec les tarifs des médecins sur un tableau de liège, pas d'affiches diffusant des messages de prévention ou d'information à destination des usagers sur les murs, mais des annonces de manifestations à caractère culturel sur la porte d'entrée.

Dans un village agricole des Bouches-du-Rhône, le cabinet est installé dans un ancien local commercial dont la vitrine est obturée par des rideaux sombres et abîmés. On entre directement dans une petite salle d'attente où six chaises de bois pliantes et un sofa au ras du sol très inconfortable quand on y est assis (encore plus pour se relever) ne peuvent accueillir tous les patients. La salle d'attente est vite saturée et les patients peuvent attendre deux à trois heures leur tour, et parfois debout. En raison de la proximité physique, les personnes présentes échangent peu³. On observe souvent de l'exaspération. Las d'attendre, certains s'en vont (« *c'est à vous décourager d'être malade* »), d'autres sortent prendre l'air. Sur une table basse, des revues (*Femme Actuelle, Paris Match, Auto Plus*), périmées de plusieurs années et dégradées sont posées pêle-mêle. Des jouets empilés dans une caisse permettent de distraire les petits patients. Scotchés aux murs, des posters offerts par des laboratoires pharmaceutiques ponctuent de quelques taches de couleur la tapisserie défraîchie. Des affichettes avec les informations d'usage (horaires, tarifs) et une petite affiche « merci de votre compréhension pour la durée de certaines consultations qui le nécessitent » complètent la décoration. Un ventilateur cadénassé au radiateur électrique et une plante verte fanée contribuent à donner de ce lieu impersonnel une impression de dénuement.

Le contraste entre ces deux salles d'attente ne reflète pas les revenus du médecin⁴. Il pourrait signifier que les médecins aménagent, consciemment ou non, les salles d'attente

³ C'est aussi le constat de Peneff (2000 : 84) dans les services d'urgence des hôpitaux publics, qui décrit les salles d'attentes comme des lieux « froids » où, malgré la proximité physique, on observe un évitement des contacts.

⁴ Les revenus du médecin des Bouches-du-Rhône sont nettement supérieurs à ceux du médecin du Var.

selon des présupposés d'exigences de la catégorie sociale dominante dans leur clientèle⁵. Néanmoins, au-delà de l'apparente banalité des lieux, la décoration et l'agencement des salles d'attente expriment une forme de considération du médecin envers le patient, les salles d'attente les plus agréables étant aussi celles des généralistes qui ont confié être embarrassés lorsque l'attente avant leur consultation est prolongée. L'observation d'autres cabinets⁶ montre comment les médecins se préoccupent de l'attente des patients dans l'aménagement de ces lieux qui leur sont exclusivement réservés. Des variations de la décoration, des sièges (néanmoins toujours plaqués contre les murs), des distractions offertes aux patients (revues féminines auxquelles s'ajoutent parfois la presse *people* ; revues de décoration ou de jardinage; le journal du jour ou des mensuels ; télévision ou poste de radio pour couvrir les dialogues lorsque l'insonorisation est insuffisante ; jouets des enfants du médecin venant finir leur carrière), du confort offert aux patients (climatisation par exemple), émergent trois catégories de salle d'attente. La salle d'attente « salon » est chaleureuse par son revêtement mural, les gravures ou les tentures ; les sièges (mobilier de salon ou de jardin) et les fréquentes plantes vertes contribuent à en faire un lieu d'attente indéterminée malgré les rares annonces à caractère médical (parfois absentes). La salle d'attente « standardisée » est dépersonnalisée, ses sièges (en plastique, en inox et similicuir) sont peu confortables, le revêtement mural dont la décoration est minimale ou absente est clair ; son inscription dans un espace dédié au soin est forte au travers des informations médicales ou assurancielles disposées sur les murs ou la table basse. Enfin la dernière catégorie, « froide », cumule inconfort, décoration rudimentaire, voire dégradée, et négligence envers l'utilisateur.

Quelle que soit sa catégorie, la salle d'attente est un « non-lieu » tel que le définit Augé (1994) : un espace de cohabitation anonyme et impersonnel où ni la relation (au médecin ou entre les usagers), ni l'identité, ni l'histoire ne sont symbolisées, et que les usagers ne peuvent s'approprier. En effet, toute tentative de personnalisation ou de familiarisation (petite annonce, dégradation) est rapidement effacée par le médecin ou sa secrétaire. C'est ce statut de « non-lieu » que le Dr Carpentier (1981), médecin contestataire dans les années 1970, a voulu transformer en installant dans sa salle d'attente des expositions de peinture ainsi que de grandes feuilles de papier blanc punaisées au mur pour que les patients puissent s'exprimer librement.

1-3- La pièce de consultation

Que les locaux soient vétustes ou neufs, que la décoration soit ordinaire ou recherchée, la pièce-bureau est un des constituants de la « façade sociale » (au sens de Goffman, 1973a : 29) du généraliste qui établit et fixe le rôle du médecin. L'appareillage symbolique qui compose ce décor permet de décoder les différentes tâches qui constituent le rôle de généraliste, et les perceptions du médecin sur son métier.

Lorsque les praticiens travaillent en association, la répartition des territoires de chacun révèle une certaine conception du travail en collaboration. Ainsi, lorsque les médecins associés investissent les locaux en même temps, les surfaces de chaque bureau de consultations sont sensiblement identiques. Par contre, si un médecin intègre une association déjà constituée ou rejoint un confrère, l'espace alloué au dernier arrivé est plus restreint (voire étrié) ou les locaux plus vétustes. Les difficultés à partager un espace de travail traduisent

⁵ Selon les médecins enquêtés : taux élevé de cadres et CSP supérieurs dans le village du Var, taux élevé d'ouvriers agricoles dans celui des Bouches-du-Rhône. Des études ont montré par ailleurs des pratiques médicales différenciées en fonction du statut socio-culturel réel ou supposé des malades. Voir, par exemple, Fainzang (2006) sur la sélection de l'information délivrée au malade, ou Clark et al. (1991) sur la décision médicale.

⁶ Ceux qui constituent le matériau de l'étude, ainsi que les nombreux cabinets visités dans sa phase préparatoire.

les difficultés des médecins, décryptées dans les observations ou dans les discours, à partager leur clientèle.

Je n'ai observé que dans un seul cabinet l'affichage du diplôme de Docteur en Médecine. Néanmoins, tous les cabinets visités possèdent une vitrine, une armoire ou une étagère sur lesquelles sont disposés des livres et/ou des documents médicaux. Hormis l'un d'entre eux, les médecins observés ne consultent pas ces ouvrages et documents durant la consultation (sauf le volumineux *Dictionnaire Vidal*, toujours situé à portée de main, sur la table ou à proximité). Dans un cabinet, les livres exposés sur l'étagère sont d'anciens ouvrages de médecine qui n'ont qu'une fonction décorative. Les livres, l'inévitable et imposant « fauteuil président », la table-bureau généralement assez large pour recevoir tous les outils (en dehors des instruments) dont le médecin a besoin lors de la consultation, et plus rarement des planches d'anatomie ou leur équivalent⁷, complètent « l'appareillage symbolique » (Goffman, 1973a) du statut d'expert, détenteur du savoir et infallible.

Lorsque la configuration architecturale du lieu le permet, les médecins préfèrent séparer la salle d'examen du bureau. Cette salle est blanche, sans décoration, équipée des instruments et outils de diagnostic et de soin, dégageant une atmosphère de propreté et de modernité. La séparation spatiale avec le bureau est soit effective (pièce contiguë, fermée ou non par un rideau), soit marquée par un paravent. Seuls deux cabinets sur les dix observés ne présentent aucune démarcation des deux territoires. La configuration, avec séparation de l'espace de l'examen clinique et de l'espace du dialogue, semble être une norme que l'on retrouve dans la plupart des cabinets des spécialistes libéraux ou hospitaliers, et dans les nouvelles Maisons Médicales. Les médecins rationalisent cette organisation de leur espace de travail : respect de l'intimité des personnes examinées lorsqu'elles sont accompagnées, asepsie de certains gestes, disposition pragmatique des instruments médicaux. Cette configuration est aussi une mise en ordre de l'espace de la rencontre clinique permettant de souligner la fonction d'écoute de la pratique généraliste à côté de celle de technicien et d'expert, et l'importance de la parole dans la relation médecin-malade⁸.

La dimension « relationnelle » de la pratique généraliste, valorisée par l'ensemble des médecins rencontrés⁹, serait principalement de l'ordre de la communication verbale, d'échanges réciproques sur les multiples facettes qui composent l'existence, permettant au médecin de famille de « tout connaître » de la vie de ses patients.

D'ailleurs de multiples détails - tels la décoration, le désordre accumulé ou le classement méticuleux, les photographies des enfants, du chien, les gravures, objets ou photographies de vacances - sont des signaux indiquant aux patients que derrière la façade de l'expert, le médecin remplit d'autres rôles comme celui de parent ou de citoyen ordinaire avec sa personnalité, ses goûts et ses loisirs favoris. L'affichage d'attributs personnels inscrit l'espace du bureau dans la sphère privée, voire intime, dans laquelle le patient est accueilli et invité à se confier de manière réciproque. Les « confidences » que le médecin reçoit, la connaissance intime de la vie des patients au point de « faire partie de la famille » caractérisant, du point de vue, le rôle de « médecin de famille » qui ne se contente pas d'échanges strictement professionnels avec ses patients.

⁷ Il s'agit de copies d'os ou d'articulations offertes par l'industrie pharmaceutique à visée pédagogique, et dans un cas, d'un crâne humain.

⁸ Dans un autre contexte du point de vue de l'organisation des soins (Royaume Uni), mais proche quant aux efforts déployés pour affirmer la spécificité de la médecine générale par ses enseignants, une enquête a pointé la représentation dominante dans la profession du rôle du généraliste comme devant permettre à ses patients d'exprimer leurs problèmes (May et al, 1996)

⁹ Par exemple : « Le côté relationnel dans un cabinet c'est fondamental, c'est là où je me sens le plus épanouie », (Femme MG, 32 ans)

Cependant, la manière dont les médecins occupent l'espace du bureau est aussi une « mise en scène » de leur conception du métier. Ainsi, tel généraliste a-t-il une table-bureau immense en comparaison de l'espace réservé à l'examen clinique extrêmement réduit et exigu dans un coin de la pièce et sans séparation. Bien que ce médecin exerce dans une vallée très isolée, il a peu de matériel médical à visée diagnostique¹⁰. Son bureau, autour duquel se passe l'essentiel de la consultation, est entièrement recouvert¹¹ de dossiers, d'articles et de livres médicaux qu'il ouvre régulièrement pour vérifier une hypothèse diagnostique ou pour prouver au patient que ce qu'il dit est vrai. Le temps de l'examen clinique est réduit (par comparaison avec les autres médecins observés). Dans les entretiens avec l'ethnologue, il défend une conception humaniste (au sens des « humanités ») du métier d'omnipraticien, et la pratique médicale comme un acte intellectuel. Il ne conçoit pas l'exercice du métier de généraliste sans une connaissance approfondie de la science médicale, mais aussi de l'environnement physique des malades, ainsi qu'une grande culture générale. À l'opposé, son confrère, installé dans une vallée voisine, est rarement assis derrière son bureau. La durée de l'examen clinique est plus longue et même l'interrogatoire se déroule dans la salle de soins spacieuse, fonctionnelle et bien équipée, séparée de son bureau de consultation. Il dispose en plus d'une salle de soins réservée aux actes techniques (petite chirurgie, urgences, pansements) qui occupent une part relativement importante de son activité. Après avoir hésité entre la chirurgie et la médecine urgentiste, ce praticien a choisi la médecine générale, mais il l'exerce en privilégiant la dimension de premier recours et l'efficacité immédiatement perceptible du soin (tels les actes de petite chirurgie).

Dans la moitié des cabinets médicaux de notre étude, un espace est réservé aux jeunes enfants dans le bureau du praticien. Il s'agit soit d'une maison de toile où les petits patients peuvent jouer, soit d'un lit d'enfant couvert de peluches où ils sont examinés, ou encore d'un tapis de jeux, de jouets et crayons de couleurs laissés à leur disposition le temps de la consultation. Tous les médecins de notre étude ont un pourcentage (selon les données du Relevé Individuel d'Activité et de Prescription¹²) de patients de moins de 16 ans supérieur ou égal à la moyenne régionale, qui peut s'expliquer par notre méthode d'échantillonnage « raisonné ». En effet, tous les généralistes observés exercent en zone rurale ou semi-rurale, dans des villages dépourvus de pédiatres ; ils sont des médecins de premiers recours avec une pratique de prévention (examens systématiques des nourrissons et jeunes enfants, vaccinations) et de soins primaires. Néanmoins, les généralistes ayant le plus fort pourcentage d'enfants dans leur clientèle, et qui le soulignent auprès de l'ethnologue, sont aussi ceux qui ont aménagé un espace pour les jeunes enfants. Il s'agit de penser au confort des petits patients, mais aussi d'entrer en relation avec un type de clientèle. De même, pour les médecins ayant une spécialisation informelle en gynécologie, ce seront des brochures d'information, des exemplaires de dispositifs intra-utérins posés sur le bureau qui sont les marqueurs du territoire professionnel (au sens des compétences) du généraliste. L'agencement de l'espace donne une visibilité à une spécialisation informelle, au sens que lui donne A. Giami (chapitre 9 de la deuxième partie), *i.e.* une spécialisation de l'activité professionnelle sur un sous-groupe de la clientèle.

¹⁰ Il n'a pas de spéculums gynécologiques par exemple, et son appareil à électrocardiogramme est en panne depuis plusieurs mois.

¹¹ Contrairement aux bureaux des autres médecins de l'étude, il n'y a pas de place sur sa table pour que le patient puisse poser ses papiers, ni même remplir un chèque.

¹² Les RIAP sont des statistiques effectuées par la CPAM départementale permettant de comparer l'activité du praticien avec celle des autres praticiens de la région.

2- Des gestes

Certains gestes, en apparence banaux et répétitifs, sont chargés de significations dès lors que l'on examine la façon dont ils sont exécutés. L'observation des différences dans leur réalisation entre les praticiens nous permet de mieux cerner les représentations que le généraliste se fait de son rôle.

2-1 Encaisser des honoraires

Le comportement des médecins lors du paiement des honoraires est variable, mais on peut sommairement dégager deux attitudes. La première est celle des médecins qui semblent embarrassés par le paiement à l'acte. Le temps du paiement est alors bref, la somme due est presque chuchotée. Le praticien s'empresse de ranger l'argent reçue dans un tiroir ou dans une boîte en l'effleurant à peine, souvent sans vérification du chèque remis, ou laisse traîner le chèque sur le bureau sans le regarder jusqu'au départ du patient, lui signifiant alors implicitement que la rémunération est accessoire dans leur interaction. La seconde attitude est celle des médecins qui semblent totalement assumer le paiement à l'acte. La somme due est alors clairement annoncée, un des médecins demandant même au malade, pour des raisons informatiques, quel sera son mode de paiement au tout début de la consultation. Le chèque est vérifié par le médecin devant le patient, tamponné devant lui jusqu'au remplissage du formulaire bancaire de dépôt des chèques pendant que le patient rassemble ses affaires. Ce mode différencié des usages de l'encaissement des honoraires est associé à des représentations que les généralistes se font de leur métier, perceptibles dans les entretiens avec l'ethnologue et dans les observations des pratiques, et permet une catégorisation. La première attitude correspond à une catégorie de médecins « ambivalents », partagés entre d'une part, une logique professionnelle libérale qui favorise le développement des clientèles avec comme corollaire un enrichissement personnel, et d'autre part une « éthique de la modération » (Batifoulier, Ventelou, 2003) qui, comme les autres principes de l'éthique médicale, est culturellement (et professionnellement) construite (voir A.Nye, 2006). L'ambivalence est tangible à travers le rapport au gain financier qu'ils tirent de leurs revenus. Dès lors, pour concilier moralement la vocation d'aider les autres et le gain financier, ils s'efforcent de donner plus (au moins sur un plan symbolique) que la rémunération reçue : plus de temps (être disponible pour ses patients), s'engager dans des actions humanitaires ou des actions publiques, ne pas faire payer des actes considérés comme mineurs, être médecin de campagne dans des zones très isolées (« *tant qu'à vivre de l'exercice médical, autant le vivre dans une situation où on est relativement indispensable* », homme, 35 ans). La seconde attitude correspond à une catégorie de médecins qui revendiquent le lien entre les revenus immédiats qu'ils tirent de leur pratique et la reconnaissance du travail effectué, comme ce généraliste : « *quand j'estime que la nomenclature n'est pas adaptée, j'applique les miens (tarifs). Par exemple dans la diététique ou des choses comme ça (...) quand les gens viennent me voir pour la diététique, il y a une partie non remboursée (...) je l'ai affiché, c'est comme ça, j'estime que ce n'est pas de l'argent volé (...) on trouve normal que le spécialiste fasse des dépassements, le généraliste ce n'est pas entré dans les moeurs, donc maintenant ça commence... quand c'est justifié, je ne vois pas pourquoi ça ne le serait pas, le spécialiste c'est normal !*, femme, 32 ans). On retrouve là les arguments d'une partie de la profession pour le maintien du paiement à l'acte et pour une majoration des actes médicaux devant accompagner la revalorisation de la médecine générale.

2-2 Utiliser l'ordinateur

La majorité des médecins de France sont informatisés (85% des généralistes et des spécialistes d'après le rapport Fieschi, 2003). À l'instar de la moyenne nationale, huit

généralistes sur les dix observés possèdent un ordinateur à usage professionnel. Néanmoins, le degré d'utilisation de l'outil informatique diffère selon les médecins : simple gestion comptable du cabinet ; informatisation des dossiers médicaux ; édition des ordonnances (avec ou sans système d'alerte), des certificats et des courriers ; recherches d'informations sur des bases de données ; réception des résultats d'analyses médicales ; communication avec les confrères via internet ; surveillance des paramètres physiologiques du patient (avec ou sans système d'alerte) ; consultation du *Dictionnaire Vidal* électronique. Entre les « partisans » qui combinent toutes ses fonctions et ont un usage intensif de l'outil, et les « réfractaires » qui ne sont pas informatisés, on observe de multiples combinaisons dans l'utilisation de ces fonctions par les généralistes. Cette variabilité s'explique en partie par leur familiarité avec l'informatique, leur attrait pour les nouvelles technologies, leur aisance à faire face aux problèmes de maintenance et aux nombreuses pannes rencontrées, le temps qu'ils sont prêts à consacrer aux paramétrages indispensables à une large utilisation. Les « partisans » apprécient l'informatisation pour le gain de temps qu'elle apporte (modèles de traitements, de certificats, de courriers), mais surtout parce qu'elle décharge le médecin d'un effort de mémorisation. Ils ont construit leur logiciel ou l'ont adapté à leur pratique, et ils sont en général fiers de montrer à l'ethnologue sa puissance et ses nombreuses possibilités. La maîtrise de l'informatique apparaît comme un attribut de la modernité (« *la révolution informatique* »), de l'adaptation du généraliste aux transformations du système de santé et du travail du médecin. Les médecins qui considèrent l'outil informatique comme un « *élément structurant* » de leur démarche, comme un « *instrument de rigueur* », sont aussi ceux qui se réfèrent le plus souvent à la médecine par les preuves (*Evidence based medicine*) dans leur pratique.

2-3 – Se laver les mains

Un autre geste extrêmement banal, le lavage des mains, dévoile d'autres représentations et valeurs professionnelles. Là encore, différentes attitudes peuvent être décrites : lavage systématique lors de chaque examen clinique, lavage non systématique mais néanmoins fréquent, lavage rare et réservé à certaines situations (contact avec des parties du corps considérées comme « sales », ou des fluides corporels). Certains médecins se lavent les mains systématiquement *avant* l'examen clinique alors que la plupart se lavent les mains *après*. Les guides de « bonnes pratiques » précisent comment se laver les mains mais ils n'indiquent pas quand le faire¹³. En l'absence de recommandations sur le moment du lavage, on constate une variabilité qui traduit une réinterprétation des consignes en fonction de la perception individuelle du risque de transmission d'agents pathogènes. Le lavage avant l'examen clinique signale que le professionnel considère qu'il peut être porteur de germes pour le patient, il se lave alors les mains pour protéger le patient. Lorsque le lavage intervient après l'examen, le professionnel se protège lui-même d'une éventuelle transmission dans un premier temps, pour protéger les patients suivants dans un second temps. L'ethnographie de l'hôpital (voir en particulier Vega, 2000 ; Amiel, 2005) retrouve les mêmes réinterprétations des risques par les soignants qui, par leur attitude, indiquent qu'ils se perçoivent comme « sains » et non contaminants. L'exemple du lavage des mains montre que, pour une partie des médecins, le danger de transmission aux malades d'agents pathogènes par les soignants n'existe pas, soit parce qu'ils ont une interprétation des risques qui les exclut en tant que vecteurs, soit parce que, dans les représentations sociales¹⁴, la fonction soignante confère à ceux qui l'exerce une protection contre la maladie et les agents infectieux.

¹³ En dehors de la réalisation des gestes techniques invasifs où il est recommandé de se laver les mains avant et après le geste.

¹⁴ Partagées par les patients qui s'étonnent souvent que les médecins ou leurs enfants puissent être malades (voir Eck-Sarradon, 2002)

3- Des temporalités professionnelles

Suivre le médecin pas à pas dans son activité quotidienne, chronomètre en main et sur une longue durée permet de dérouler l'ensemble de l'activité, dans sa diversité et dans sa constance. Elle expose l'ethnologue à la temporalité de l'autre, à ses rythmes de travail avec les répétitions et les coupures qui dévoilent le sens de certaines tâches et soulignent les perturbations ordinaires du travail clinique.

3-1- Les perturbations de la consultation

Le téléphone est devenu incontournable dans les cabinets médicaux¹⁵. Néanmoins, l'usage qui est fait de cet outil est variable. Dans les cabinets ne disposant pas de secrétariat, ou n'ayant qu'un secrétariat à temps partiel, le téléphone est un outil dérangent pour le médecin et pour le patient lors de la rencontre clinique¹⁶. Les observations montrent que cette coupure répétée du cheminement intellectuel du médecin, ou de la parole du malade, perturbe le travail médical entraînant une perte de la concentration pouvant occasionner des oublis de renouvellement d'ordonnance. Bien que les médecins s'efforcent de répondre aimablement à chaque appel téléphonique, on perçoit un agacement au bout de plusieurs interruptions. Au-delà de l'inconfort (voire de la tension) que créent ces interruptions de tâches, elles renseignent sur les discontinuités dans l'action qui caractérisent la pratique médicale du généraliste et des multiples tâches simultanées qu'il doit accomplir. En effet, la succession de situations singulières d'une consultation à l'autre, auxquelles s'ajoutent celles qu'il doit gérer par téléphone (lorsque l'appel n'est pas une demande de rendez-vous), de complexité variable, tant dans les plaintes que dans les tableaux cliniques, oblige le praticien à se déconnecter de chaque colloque singulier avant d'aborder le suivant. Les médecins cloisonnent leurs actions d'un patient à l'autre, mais on perçoit parfois des difficultés à reprendre le fil d'un interrogatoire ou d'un examen clinique après un appel téléphonique. Les journées de travail du praticien sont traversées par des situations complexes de prise en charge, nécessitant de nombreuses communications (émises ou reçues) par téléphone avec la famille, les aidants, les services hospitaliers ou les spécialistes, les auxiliaires médicaux. Ces appels téléphoniques reçus au milieu d'une consultation, ou que le praticien donne entre deux consultations, désorganisent son activité et brouillent sa réflexion.

Les tâches administratives, pendant les consultations et entre celles-ci, perturbent également le travail médical parce qu'elles sont subies, et parce qu'elles sont symboliquement dévaluées par la profession. En effet, tous les généralistes observés se plaignent de la « *paperasse* » qui tendrait à occuper une part croissante de leur activité, tout étant un « à côté » des soins, comme l'exprime l'un d'entre eux : « *Par rapport au temps global de travail, le pourcentage où l'on fait vraiment de la médecine, a chuté énormément depuis 7-8 ans. C'est-à-dire que la partie où l'on fait de la compta, les papiers, où l'on s'occupe de l'ordinateur, on s'occupe de la carte Vitale, empiète de plus en plus sur le temps de... purement médecine* » homme MG, 47 ans). Ainsi, les tâches qui ne sont pas considérées comme partie intégrante du champ de leur activité - parce qu'elle ne sont pas « soignantes »

¹⁵ Les généralistes observés répondent aux appels téléphoniques qui leur parviennent soit directement, soit après le tri effectué par leur secrétaire.

¹⁶ J'ai pu compter jusqu'à dix réceptions d'appel téléphonique lors d'une consultation.

(elles ne sont pas de la « médecine »)-, en particulier le travail administratif, sont dévalorisées et perçues comme une entrave à la pratique médicale.

3-2- Les pauses ou « comment tenir ? »

La plainte du « manque de temps » (pour soi et pour certains segments de l'activité professionnelle) est récurrente parmi les dix médecins observés. Néanmoins, bien que les cadences soient soutenues, les observations montrent que les généralistes s'aménagent subrepticement des pauses au cours de la consultation et en dehors de celle-ci, leur permettant vraisemblablement de supporter la charge de travail. Ainsi, une large partie du temps de la rencontre clinique (parfois près d'un quart selon mes mesures) est occupée par des échanges verbaux hors du champ professionnel. Ces dialogues ont lieu dans des moments marquant une rupture dans l'interrogatoire ou l'examen cliniques : habillage/déshabillage, impression de l'ordonnance, transmission de la feuille de soins électronique, entrée/sortie du patient. Ces conversations ont probablement une fonction de connaissance mutuelle sur laquelle se construit la confiance (Balint, 1957). Elles constituent des « échanges confirmatifs » qui affirment et confirment la relation sociale (Goffman, 1973b : 14) entre le médecin et le malade, et le sentiment de pouvoir du médecin : « *On ne peut pas dire certaines choses à des gens que l'on voit pour la deuxième fois, par rapport aux gens qu'on connaît depuis des années. Il y en a, je leur dis ce que je veux, et même je leur fais faire ce que je veux pratiquement* » (homme MG, 43 ans). De plus, ces échanges renforcent leur perception d'exercer un métier de « *relations humaines* », versant de la pratique valorisé par l'ensemble des généralistes enquêtés, au risque d'assimiler la dimension relationnelle de la pratique médicale à la conversation de civilité.

Les généralistes observés consacrent souvent un temps bref pour se déconnecter d'une consultation avant d'en entreprendre une autre par le rangement des chaises ou de la salle de soins, par une pause-café, par un passage aux toilettes, par la lecture du courrier ou de leur messagerie internet. Un des médecins utilise le temps de la transmission électronique de la feuille de soin pour lire son courrier ou remplir son bordereau de remise de chèque à la banque, soulignant ainsi le découpage de la consultation en « temps de soins » dédié au patient, et en « temps administratif » imposé par les caisses d'assurance maladie, ce médecin se plaignant (comme d'autres) d'être un « *salariné de la sécu* ». La plupart accomplissent de multiples tâches aux limites de la pratique médicale (études cliniques, activités syndicales ou associatives), voire extraprofessionnelles, intercalées (ou simultanées) avec les consultations.

Entre associés, les rencontres sont souvent informelles, improvisées lors de pauses de travail. Les lieux de pause sont souvent des cuisines, ou un local faisant fonction. Ils sont peu confortables et impersonnels, voire négligés, et situés géographiquement en arrière du cabinet. Espaces mal définis, ils ne sont ni un territoire privé soumis à normes d'agencement et de décoration domestiques, ni un territoire professionnel soumis à des normes professionnelles. Ce sont des « régions postérieures » au sens de Goffman (1973a : 110) où l'acteur peut se décontracter et abandonner sa façade, où les rapports interpersonnels sont de l'ordre de la familiarité. Dans mes observations, ces espaces sont des lieux de détente et de restauration, mais ils remplissent d'autres fonctions comme celles d'échanges d'informations entre associés, ou entre médecins et secrétaires. Mais à l'instar du lieu, les informations échangées sont à la frontière de ce qui peut être énoncé dans l'exercice professionnel et ce qui ne peut pas l'être. Ainsi, on y entend des catégorisations de patients ou des étiquetages connotés négativement, des informations (voire des accusations) sur les professionnels à exclusion de son réseau (les médecins « *un peu fous* » par exemple). Ces « régions postérieures » remplissent

aussi une fonction de décharge émotionnelle quand l'exercice devient trop stressant et le rythme soutenu. Les médecins y partagent leurs doutes et leurs inquiétudes sur la situation des patients, mais aussi leurs insatisfactions professionnelles, et souvent leurs soucis d'ordre personnel.

3-3 - Une accélération et sa signification

L'observation des visites à domicile montre que, la plupart du temps, les médecins prennent leur temps pour l'examen clinique et le dialogue lorsqu'ils entrent dans le foyer des patients, quel que soit l'âge de ces derniers. Il en va autrement lors des visites dans les maisons de retraite. En effet, le rythme s'accélère et c'est parfois au pas de course que l'ethnologue suit les généralistes dans les couloirs. Les interactions médecin-patient sont appauvries, autant dans le dialogue que dans le langage non-verbal¹⁷. Le temps passé au chevet du patient est écourté, en particulier parce que l'ordonnance n'est pas rédigée dans la chambre du patient mais dans le bureau de la directrice ou dans une salle réservée aux soignants. Dès qu'il s'y trouve, le rythme se ralentit, le médecin relit le dossier du malade et les anciennes ordonnances, il discute avec le personnel, il rédige des courriers. La charge de travail n'est donc pas la seule cause de cette cadence qui peut s'expliquer aussi par le fait que ce n'est pas le patient mais un tiers (infirmière, directrice) qui demande la visite du médecin, d'où son plus faible investissement relationnel. Néanmoins, nous y voyons aussi une stratégie d'évitement d'une trop grande proximité physique avec les personnes âgées en perte d'autonomie, probablement parce qu'elles renvoient aux médecins leurs propres peurs de la vieillesse et de la détérioration physique et cognitive. En effet, hors de son cabinet, le médecin perd une partie de sa « façade » qui est aussi une barrière défensive contre les situations angoissantes qu'il est amené à rencontrer (« *Les visites, c'est vraiment une pénétration de l'intimité* », homme MG, 43 ans). Ces pratiques de mise à distance, semblables à celles étudiées pour la folie par D. Jodelet (1989), sont des protections contre les contagions symboliques sous-tendues par des représentations profanes de la contagion. Elles traduisent les difficultés des généralistes à accompagner certaines clientèles malgré l'idéal relationnel revendiqué par la profession (voir chapitre 15 de la troisième partie de cet ouvrage).

3-4- La disponibilité et le sens du métier de généraliste

Les généralistes observés travaillent de 4 à 6,5 jours par semaine (en dehors des gardes), certains en s'aménageant de vraies pauses-repas en famille, d'autres pratiquement sans interruption ; certains ferment leur cabinet à 18 heures, d'autres le quittent rarement avant 20 heures 30 ou 21 heures. Les durées de travail sont longues mais variables d'un médecin à l'autre en fonction du style de vie et de l'offre locale de soins. L'organisation de l'activité révèle la mise en oeuvre de défenses professionnelles (ne pas se laisser « *bouffer* » par le métier) : coupures quotidiennes ; longue période de congés ou périodes plus courtes mais répétées ; coupures hebdomadaires permettant des activités sportives et/ou intellectuelles à titre privé, ou des activités en lien avec la profession (recherche clinique, enseignement, syndicalisme). L'association avec un autre généraliste est, pour l'ensemble des enquêtés, le seul moyen de poser des limites à son activité en facilitant les absences et une réduction des temps de travail, comme l'exprime ce médecin : « *effectivement j'ai sacrifié plein de choses, j'ai payé cher mon choix. Et jusqu'à ce que je prenne la décision de travailler avec quelqu'un pour libérer un peu ma vie privée (...)* Si j'avais pu adapter mon travail à mes exigences privées, je serais peut-être restée toute seule. » (femme MG, 42 ans). Malgré ces limites, le temps professionnel déborde souvent sur le temps privé : courrier professionnel emporté au domicile afin d'être lu ; appels téléphoniques de patients au domicile ; discussions avec le

¹⁷ Tenir la main de la personne âgée par exemple.

conjoint médecin sur les difficultés rencontrées dans l'élaboration d'un diagnostic ou d'une conduite à tenir ; interpellation par les patients dans la rue, sur le marché ou à la sortie de l'école. Ces difficultés à cloisonner vie privée et vie professionnelle sont d'autant plus grandes qu'il persiste chez les généralistes observés le modèle de la « disponibilité permanente » (Lapeyre, Le Feuvre, 2005). La disponibilité des généralistes est certes plus accentuée dans les campagnes, où les médecins doivent assurer la permanence des soins. Cependant, le modèle ne perdure pas seulement en raison du contexte de l'offre médicale, il répond aussi à un choix de mode d'exercice et de style de vie, à des valeurs professionnelles et personnelles de « don de soi », comme l'exprime l'un d'entre eux : « *Ce n'est pas un métier, c'est une partie de ta vie. Tu peux difficilement dire : je ferme mon cabinet... On le vit, on vit avec la médecine (...) ceux qui sont médecins dans l'âme, quand ils n'ont pas exercé pendant un petit moment, et alors ils ne sont pas bien, ils ne se sentent pas bien. Ça fait partie de ta vie, ça devient un besoin, une habitude. Ce n'est pas de la dépendance, mais on ne peut pas s'arrêter (...) il y a un caractère d'obligation, c'est pas un sacerdoce comme les curés, mais presque.* » (homme MG, 43 ans). En effet, une partie des généralistes observés a préféré s'installer en zone rurale ou semi-rurale, à la fois pour des raisons personnelles (« *une qualité de vie* ») mais aussi en raison d'une certaine représentation du métier de généraliste (« *la médecine rurale de famille* »). La ruralité facilite, de leur point de vue, des relations durables et fidèles avec les patients, et répond à la motivation profonde d'être « *utile* » et d'être « *efficace* ». L'installation en mode rural répondrait à la recherche d'un mode d'exercice où le généraliste est amené à gérer et à assumer toutes sortes de situations délicates et en toutes circonstances (« *le médecin de campagne : le prestige d'arriver à tout gérer seul* », homme MG, 46 ans). Dans ce mode d'exercice, le généraliste entretient des relations privilégiées avec les patients lui permettant d'accompagner et de gérer les grands moments de la vie, de la naissance à la mort. Ainsi, évoquant les meilleurs souvenirs de sa carrière, un médecin confie : « *Je ne me suis jamais senti aussi médecin de famille que quand j'ai fait un accouchement (...) Et paradoxalement aussi, l'un de mes meilleurs souvenirs, c'est une fin de vie. Des moments dramatiques aussi, enfin ce sont des moments où l'on se dit vraiment que l'on sert à quelque chose. Le médecin de famille disponible et qui apporte aux gens un confort. C'est permettre de mourir dans son lit, calmement, sans douleur, avec toute la famille autour* » (homme MG, 47 ans). En dehors des accouchements anecdotiques, et des accompagnements de fins de vie plus fréquents, l'ensemble des généralistes valorise le fait de prendre en charge plusieurs générations dans la même famille, et de soigner les nourrissons de jeunes adultes qu'ils ont connus enfants, comme une prérogative de la médecine générale.

Conclusion

En suivant l'approche « dramaturgique » théorisée par E. Goffman, l'exploration de l'espace du cabinet médical révèle comment les généralistes s'engagent dans une relation sociale – la relation médecin-patient -, maintiennent leur statut dans l'interaction, et se positionnent au sein de leur profession. Les généralistes se construisent un décor d'*expert*, rôle dans lequel ils sont détenteurs d'une part d'un savoir scientifique, et d'autre part d'un savoir *sur* le patient. En effet, ils mettent en exergue la connaissance approfondie du patient acquise au cours d'interactions répétées dans la durée avec le patient et son entourage, et la relation interpersonnelle construite au fil du temps. Cette double expertise légitime de leur point de vue la fonction de « pivot » du réseau informel de soin que beaucoup revendiquent (Sarradon –Eck et al., 2004), tout en étant ambivalents à l'égard des tâches administratives et de coordination qu'elle implique. Le second rôle que les généralistes de notre échantillon entendent exercer est celui de *médecin de famille* qui a conduit la plupart d'entre eux à choisir

la médecine générale et la pratique libérale en zone rurale ou semi-rurale. Proximité sociale, « don de soi », dimension relationnelle de l'activité, en sont les principales caractéristiques que l'on peut lire dans l'organisation des espaces et des temps de travail, ainsi que dans les protections symboliques et dans les défenses professionnelles que le généraliste se construit au quotidien. On retrouve ces deux « figures identitaires » du généraliste (Dubar, 2002), *l'expert et le médecin de famille*, dans l'attitude envers les patients et la prise en charge de leurs pathologies (voir Sarradon-Eck, 2007 a, b).

Les exemples de description ethnographique présentés dans ce texte, n'épuisent pas les logiques sociales et culturelles sous-jacentes aux pratiques médicales que recherche l'enquête de terrain. Ils illustrent néanmoins la portée heuristique de ce type d'approche empirique qui offre les possibilités de démêler la complexité des trajectoires individuelles et les contextes d'énonciation des discours, qui permet de saisir les constituants du rôle de généraliste et les éléments composant l'identité professionnelle.

Remerciements

Cette recherche a bénéficié d'une subvention de la Haute Autorité en Santé. Je remercie Anne Vega, Murielle Faure, Anne Humbert-Gaudart et Matthieu Lustman pour leur contribution à cette recherche. Mes remerciements vont aussi à Jean Benoist, Alice Desclaux ainsi qu'aux directeurs de cet ouvrage collectif, pour leurs précieux commentaires sur ce texte.

Bibliographie

- A.Nye R. (2006), « Médecins, éthique médicale en France et État en France 1789-1947 », *Le Mouvement Social*, n°214, pp.19-36.
- Althabe G (1992), « Vers une ethnologie du présent », in Althabe G., Fabre D., Lenclud G. (dir), *Vers une ethnologie du présent*, Paris, Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme, pp. 247-258.
- Augé M. (1994), *Pour une anthropologie des mondes contemporains*, Paris, Aubier.
- Amiel C. (2005), « 'On sait qu'il n'y a pas de « vrais » risques '. Discours et pratiques de soignants autour des infections nosocomiales », *Sciences sociales et santé*, vol 32, n°3, pp. : 37-58.
- Balint M. (1957), *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, PUF.
- Balvet, D., Durif C. (1982), « Un sanctuaire, le cabinet médical », *Bulletin d'Ethnomédecine*, n°16, pp. :15-21.
- Batifoulier P., Ventelou B. (2003), « L'érosion de la part "gratuite" en médecine libérale. Discours économiques et prophéties autoréalisatrices », *Revue du MAUSS*, n°21, pp. 314-329.
- Carpentier J. (1981), *Médecine générale*, Paris, Petite Collection Maspero.
- Clark J.A., Potter D.A., McKinlay J.B. (1991), « Bringing social structure back into clinical decision making », *Social Science and Medicine*, vol. 32, n°8, pp. 853-866.
- De Certeau M., (1990), *L'invention du quotidien. 1- arts de faire*, Paris, Folios Essais.
- Dubar C. (2002), *Socialisations. Construction des identités professionnelles et sociales*, Paris, Armand Collin.
- Eck-Sarradon A. (2002), *S'expliquer la maladie. Une ethnologie de l'interprétation de la maladie en situation de soins*, Villeneuve d'Ascq, Presse Universitaire du Septentrion, Collection Thèse à la Carte.
- Farnarier C. (2003), *Entre normes officielles et pratiques professionnelles. La PMI au travers des interactions entre professionnels et usagers*, mémoire de DEA Sciences Sociales, EHESS, Marseille.

- Fainzang S. (2006), *La relation médecins-malades : information et mensonges*, Paris, PUF.
- Faliu, B. (1987), « Discussion autour d'une table ou essai d'anthropologie du bureau du médecin généraliste », *Bulletin d'Ethnomédecine*, n°39, pp. :113-134.
- Fieschi M. (2003), *Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins*, Paris, Ministère de l'Emploi et de la solidarité.
- Goffman E. (1973a), *La mise en scène de la vie quotidienne, 1- La présentation de soi*, Paris, Les Éditions de minuit.
- Goffman E. (1973b), *la mise en scène de la vie quotidienne, 2- Les relations en public*, Paris, Les Éditions de minuit.
- Jodelet D. (1989), *Folies et représentations sociales*, Paris, PUF.
- Laplantine F. (1996), *La description ethnographique*, Paris, Nathan.
- Lapeyre N., Le Feuvre N. (2005), « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, n°1, pp. : 59-81.
- May C., Dowrick C., Richardson M. (1996), « The confidential patient : the social construction of therapeutic relationships in general medical practice », *Sociological Review*, n°44, vol 2, pp. : 187-203.
- Penef J. (2000), *Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, Paris, Métailié.
- Sarradon-Eck A. (2007a), « Le sens de l'observance. Ethnographie des pratiques médicamenteuses de personnes hypertendues », *Sciences Sociales et santé*, vol 25, n°2, pp. 5-36.
- Sarradon-Eck A. (2007b), Prévoir la maladie cardio-vasculaire : le discours médical et le discours profane, in Rossi I. (dir), *Prévoir et prédire la maladie. De la divination au pronostic*, Paris, Aux lieux d'être, pp.143-165
- Sarradon-Eck A., Vega A., Faure M., Humbert-Gaudart A., Lustman M. (2004), *Étude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels*, Rapport de recherche, LEHA/ANAES.
- Schwartz O. (1993), L'empirisme irréductible, in Anderson N., *Le Hobo, sociologie du sans abri*, Paris, Nathan, pp. :265-308.
- Urbain J-D. (2003), *Ethnologue, mais pas trop*, paris, Petite Bibliothèque Payot.
- Vega A. (2000), *Une ethnologue à l'hôpital*, Paris, Éditions Archives Contemporaines