

## La crise du médecin généraliste : une approche cognitive de la profession

### *Crisis among general practitioners: a cognitive approach to the healthcare profession*

Soulier E<sup>1</sup>, Grenier C<sup>2</sup>, Lewkowicz M<sup>3</sup>

#### Résumé

**Objectifs :** L'insatisfaction grandissante des professions de santé s'accroît depuis quelques années, même si la plupart des indicateurs révèlent qu'elle n'a ni fondements économiques objectifs ni fondements démographiques avérés. Par son ampleur et son caractère inattendu, le mouvement de revendication des médecins généralistes démarré à l'automne 2001, et qui s'est cristallisé début 2002 autour du mot d'ordre de la consultation à 20 €, constitue une étape dans la crise que traversent ces professions depuis près de vingt ans. D'où vient ce malaise ?

**Méthodes :** Le discours des médecins sur leur pratique professionnelle et la représentation qu'ils se font de leur métier et de son évolution ont été étudiés en utilisant la méthode de l'analyse lexicale et l'analyse qualitative des entretiens.

**Résultats et conclusion :** L'étude met à jour une crise identitaire doublée d'une crise de régulation qui s'ancrent dans un ensemble de variables touchant le travail, le métier et le médecin lui-même. Des recommandations sont esquissées.

**Rev Med Ass Maladie 2005;36;53-61**

**Mots-clés :** pratique professionnelle, représentation, identité, médecin, cognition, sociologie des professions, analyse du discours.

#### Summary

**Aims:** There has been growing dissatisfaction among healthcare professionals over the past few years in spite of the fact that most of the indicators suggest that this dissatisfaction has no objective economic or demographic basis. General practitioners began protesting in the autumn of 2001 around the watchword "an office visit for 20 €". By its scope and unexpected intensity, this protest movement constitutes another stage in the ongoing crisis which erupted in the healthcare professions nearly twenty years ago. Where does this unrest come from?

**Method:** We analyzed statements by general practitioners on their professional practice and how they viewed their work and its evolution by using the lexical method and qualitative interview analysis.

**Results and conclusion:** The study revealed the existence of an identity crisis doubled with a regulation crisis. Both are founded on a set of variables linked to daily work, the profession and the physician himself. We outline a few recommendations.

**Rev Med Ass Maladie 2005;36;53-61**

**Key words:** professional practice, representation, identity, general practitioner, cognition, sociology of professions, discourse analysis.

<sup>1</sup> Chercheur à l'Institut des sciences et technologies de l'information (ISTIT), FRE CNRS 2732 – Équipe technologie de la coopération pour l'innovation et le changement organisationnel (Tech-CICO), Université de technologie de Troyes (UTT).

<sup>2</sup> Chercheur à l'Institut des sciences et technologies de l'information (ISTIT), FRE CNRS 2732 – Équipe technologie de la coopération pour l'innovation et le changement organisationnel (Tech-CICO), Université de technologie de Troyes (UTT). Enseignant à Euromed, Marseille.

<sup>3</sup> Chercheur à l'Institut des sciences et technologies de l'information (ISTIT), FRE CNRS 2732 – Équipe technologie de la coopération pour l'innovation et le changement organisationnel (Tech-CICO), Université de technologie de Troyes (UTT).

Adresse pour correspondance : Eddie Soulier, Université de technologie de Troyes, 12, rue Marie-Curie, BP 2060, F-10010 Troyes cedex  
e-mail : eddie.soulier@utt.fr

## INTRODUCTION

Comme d'autres professionnels du travail sur autrui (travail social, enseignement, formation, soins, etc.), les médecins ont le sentiment de traverser une crise continue qui marquerait le déclin de leur statut. Cette crise résulte de l'éclatement du modèle normatif idéal du médecin et de la relation médecin/malade prévalant jusqu'alors. Le « déclin de l'institution », comme appelle cette crise François Dubet [1], s'appuie sur un passé pourtant largement idéalisé. Plutôt que de crise peut être faut-il parler d'évolution ou de mutation, laquelle n'a pas que des aspects négatifs.

Pour nous en assurer, nous sommes partis, au contraire, d'une hypothèse optimiste de « désir de métier » [2] chez les médecins généralistes : ceux-ci voient leur métier fortement évoluer sans que l'on puisse encore voir émerger un nouveau modèle professionnel aux contours clairement définis.

Pour rendre compte de la recomposition du métier à travers l'analyse sociologique et cognitive des dynamiques professionnelles en cours, nous avons privilégié une modalité particulière de recherche, fondée sur l'analyse des pratiques professionnelles (APP) [3]. Nous nous sommes en particulier appuyés sur les travaux de Blin [4] qui distingue les représentations, les pratiques et les identités professionnelles structurant, selon lui, tout système d'activités professionnelles. Ce cadre d'analyse nous a permis d'élaborer un guide d'entretiens de médecins généralistes et spécialistes dans le but d'analyser leur discours sur leurs pratiques professionnelles.

## MÉTHODE

La recherche menée était de nature qualitative et inductive modérée [5], bâtie autour d'un cadre théorique (ci-dessus présenté) nous conduisant à rechercher avec les acteurs comment ils construisaient leurs pratiques quotidiennes [6].

### 1. Terrain de l'étude

Nous avons constitué un échantillon qualitatif de 23 médecins généralistes ainsi répartis : 19 hommes et quatre femmes, six de moins de 40 ans, 12 entre 40 et 55 ans et cinq de plus de 55 ans, cinq du nord de la France, neuf de l'est et neuf du sud, 13 exerçant dans de grandes villes et 10 dans des petites communes, et enfin 17 généralistes et six spécialistes. La constitution de cet échantillon a répondu à un souci de variété (validité) tout en étant contrainte (disponibilité des médecins, en particulier de sexe féminin, technique peu familière de l'entretien réflexif sur les pratiques, etc.). Les entretiens se sont déroulés entre août 2003 et janvier 2004, sur la base d'un guide semi structuré articulé

comme suit : 1) présentation de l'enquête et de l'enquêteur ; 2) la trajectoire du médecin ; 3) les pratiques quotidiennes du médecin et 4) l'identité professionnelle. Notre approche pragmatique et ancrée du travail du médecin nous a amené à ne pas directement l'interroger sur ses représentations professionnelles (risque de rationalisation ou d'accès à un discours préfabriqué), mais à y accéder indirectement par des questions telles que « qu'est ce que ce mot évoque pour vous ? ». Chaque entretien a duré entre 30 minutes et une heure 30 et a été enregistré puis retranscrit mot à mot (donnant un matériau d'environ 250 pages). Ces données ont été complétées par des données bibliographiques.

### 2. Outils d'analyse des données

Deux approches complémentaires ont été mobilisées pour analyser ce matériau. L'analyse lexicale [7] a consisté à repérer des profils de discours à partir d'une analyse de la structure de l'ensemble du discours des médecins interrogés. Nous avons utilisé l'outil Alceste issu des travaux de Benzécri [8]. Cette analyse lexicale a fait ressortir cinq classes structurant le sens du discours des médecins sur leurs pratiques et leur métier.

Ces classes ont montré clairement des thèmes particulièrement prégnants pour comprendre la situation des médecins : qu'est ce qu'être médecin aujourd'hui ; les relations patient/médecin ; la gestion des compétences et le travail collectif/individuel.

Leur analyse plus fine a été permise en mobilisant une seconde approche davantage descriptive et qualitative [9]. Les quatre thèmes ont été décrits au moyen d'un plan de codage (codes, sous-codes) et de matrices de données qui analysaient les pratiques, les représentations et les identités professionnelles associées aux différents codes et sous codes. L'interprétation a été consolidée en mobilisant à nouveau l'outil Alceste sur les éléments du discours relatifs aux thèmes.

Après un travail de paramétrage et de codage du corpus initial, l'application d'Alceste sur ce corpus consistait dans un premier temps à le découper de manière relativement arbitraire en paragraphes, appelés les unités de contexte élémentaire (UCE). Ensuite, Alceste a étudié la distribution des mots pleins dans ces unités afin de les rassembler dans des classes en fonction de leurs co-occurrences. Chaque classe obtenue quantifiait ainsi une tendance à la répétition des termes qui la composaient. Les classes mises en évidence renvoyaient donc à des cadres référentiels structurant le discours du sujet, de sa position, et de son attitude envers le monde qui l'entoure. Le travail du chercheur consistait donc finalement à caractériser ces cadres référentiels après une interprétation du contenu de ces classes.

## RÉSULTATS

### 1. Modèle d'activité du médecin

L'analyse lexicale du corpus complet de 19 entretiens a permis de définir cinq classes de discours, réparties en deux familles. L'analyse du contenu des classes, que nous détaillons ci-après, révélait que les deux familles de discours principales correspondaient pour l'une au discours sur le métier de médecin généraliste et pour l'autre au discours sur le travail (activités, pratiques, interactions au quotidien) (figure 1). Le métier correspondait à un concept de représentation global (niveau d'organisation du travail) alors que le travail décrivait les pratiques au quotidien du médecin (niveau opérationnel).

#### a) Classes représentant le discours sur le métier du médecin généraliste

La classe représentant le discours sur le métier rassemblait elle-même deux classes (figure 1).

La première rassemblait 23,84 % des UCE (paragraphes du corpus), et représentait le discours des médecins sur la construction de leur identité professionnelle, référant à la perception identitaire de leur carrière. Le médecin décrivait, à travers des ressources, ce qu'il fait ou a fait durant son parcours professionnel. Les médecins évoquaient tour à tour leur carrière (spécialisations, diplôme universitaire, thèse, stages, internat, externat, formations professionnelles, etc), l'orientation de leur cabinet (localisation, rachat, suivi ou création de clientèle, association, etc), et l'aspect relationnel de leur métier (leur rôle dans l'environnement médical de leur ville, leurs implications dans des réseaux de soins, le fait qu'ils étaient formateurs, correspon-

dants régionaux de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), médecins agréés membres d'associations, de SOS médecins, etc.).

La seconde rassemblait 30,85 % des UCE et représentait les réflexions sur l'évolution du métier. Pour décrire l'évolution du métier, le discours s'appuyait sur des facteurs objectifs comme la baisse du nombre de visites à domicile et des facteurs subjectifs comme la charge croissante ou la perte de respect. Le discours articulait une évolution du statut et du rôle. Les médecins évoquaient l'évolution de statut à la fois vis-à-vis de l'institution (charge administrative accrue, rôle des instances, etc.), de la société (perte de notabilité) et des étudiants en médecine (perte de vocation, volonté de charges de travail moindres). L'évolution du rôle a été abordée sous l'angle d'une prise en charge différente du patient, d'un rôle de plus en plus éducatif auprès du patient et de sa famille.

#### b) Classes représentant le discours sur le contenu du travail

La classe représentant le discours sur le travail rassemblait elle-même trois classes (figure 1).

La première rassemblait 21,98 % des UCE et représentait le discours sur le déroulement de l'acte. Dans le cadre du processus classique de réflexion, interrogation, examen, traitement et suivi, les médecins mettaient en avant le dialogue et la parole, le cadrage matériel (tenue du médecin, du cabinet, etc.), le cadrage relationnel (respect mutuel, confiance, écoute), et l'éducation (raisonner, conseiller, orienter le patient).

Il existait une tension entre vision technique (perçue comme déshumanisée) et vision humaniste de

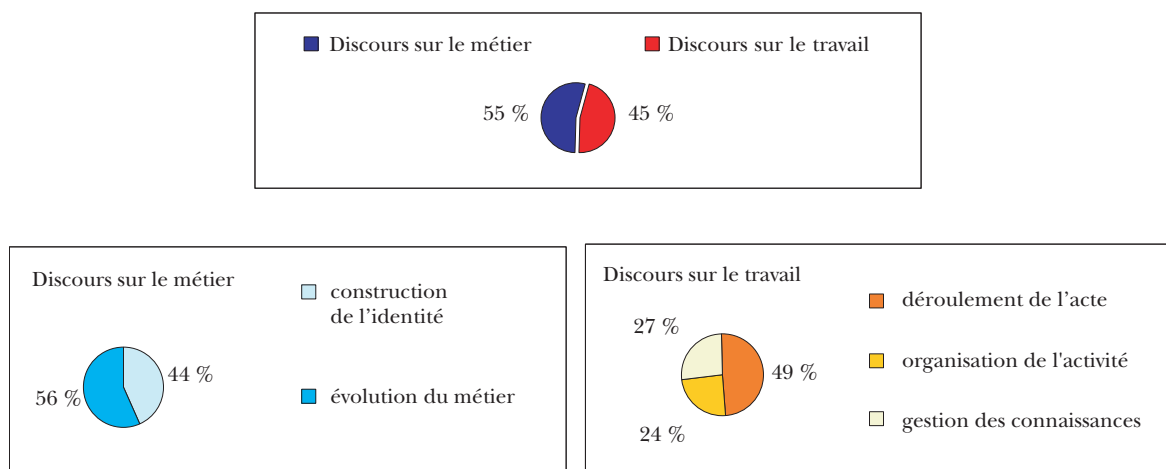


Figure 1. Classes de discours des médecins.

la relation avec le patient : « on soigne des hommes, pas des maladies », « la finalité ce n'est pas souvent l'ordonnance, c'est le message que l'on va faire passer avant et, bien souvent, après l'ordonnance pour que ce soit le dernier message que la personne ait retenu ». Les médecins analysaient également l'impact du tiers payant ou de la CMU : la gratuité des soins n'entraîne pas forcément la surconsommation, le tiers payant n'est pas systématique, il est fait à la demande.

La seconde classe regroupait 10,97 % des UCE et rassemblait le discours sur l'organisation de l'activité, sous différentes formes. Les médecins parlaient en premier lieu de la gestion du temps : réflexions sur le partage entre consultation libre, sur rendez-vous et les visites (essentiellement des personnes âgées car le nombre de visites a diminué depuis le non remboursement), avantages et inconvénients de la prise de rendez-vous (salle d'attente moins bondée, moins d'attente des patients, mais comment caser les urgences entre les rendez-vous etc.). Souvent, il n'y avait pas de secrétariat à cause de son coût, mais souhait d'en avoir pour gagner en confort de fonctionnement. Les médecins concernés évoquaient également la gestion entre associés sous la question du partage ou non des gains. La gestion des coûts a été abordée avec les frais de matériels, de personnel (secrétariat, femme de ménage), professionnels (CAF, URSSAF, taxe professionnelle, etc.). La gestion des tâches administratives était une préoccupation : dossiers d'arrêt de travail de longue durée, affections de longue durée, télétransmission des données, tiers payant.

La troisième classe regroupait 12,36 % des UCE et représentait la gestion des connaissances, sous quatre aspects :

- la gestion des connaissances sur le patient (classement des dossiers informatisés à l'aide d'un logiciel de gestion des dossiers, traçabilité du courrier reçu ou envoyé lors de l'envoi vers un spécialiste, au sujet d'un patient dans son dossier, saisie des données sur la consultation en fin de consultation, en général après paiement et souvent entre deux patients, saisie des résultats d'analyses, classement des dossiers papier par ordre alphabétique dans des étagères dédiées, avec l'ensemble des documents associés),
- la gestion de l'information pour la résolution des cas (aide au diagnostic et à la prescription : logiciels médicaux, dictionnaire Vidal<sup>®</sup>, ouvrage de référence sur les pathologies),
- la gestion des compétences (abonnements à des revues médicales spécialisées, à des lettres d'information, consultation de sites internet, visites médicales des laboratoires permettant d'avoir une présentation des médicaments moins technique que dans les revues, articles sur CD-ROM, participation

à des symposiums organisés par des laboratoires, participation à des congrès FMC une ou plusieurs fois par an),

- la gestion des connaissances sur l'environnement (savoir placer un malade dans un service chirurgical, savoir assurer son retour, son obtention de plateaux repas, etc.).

On pouvait donc distinguer :

- l'information permettant un travail de régulation communicationnelle (parole), notamment auprès du patient, selon deux dimensions correspondant à deux conceptions de la relation médecin/patient : une dimension instrumentale (ou thérapeutique) et une dimension éducative (ou socialisatrice) de la relation avec le patient,
- l'information permettant un travail de régulation cognitive (savoirs) ; ce travail portait sur la gestion du patient (information contenue dans le dossier patient par exemple), des ressources, notamment mobilisées pour communiquer avec le patient (prospectus mis à sa disposition dans la salle d'attente) et enfin la gestion plus administrative du métier (information sur les actes, etc.).

### c) Synthèse de l'analyse lexicale

Les classes de discours présentées ci-dessus sont venues enrichir les trois axes de recherche du modèle que nous avons proposé pour l'analyse des pratiques professionnelles (représentations professionnelles, pratiques professionnelles et identités professionnelles). En effet, les deux premières classes de discours avaient essentiellement trait à l'identité et à la représentation professionnelles du médecin, alors que les trois autres classes se rapportaient d'avantage aux pratiques professionnelles. Ce modèle d'activité s'est appuyé sur un discours des médecins, lequel était particulièrement contrasté sur quatre thèmes : 1) « qu'est-ce qu'être médecin généraliste ? » ou encore la compréhension de l'évolution du métier de médecin, qui apparaissait notamment à partir des classes 1 et 3 ; 2) « la relation patient/médecin » qui était en partie couverte par la classe 2, mais imparfaitement ; 3) « le travail collectif » (avec qui le médecin travaille et comment il envisage le collectif par rapport à sa pratique et son cadre d'exercice), thème présent dans la plupart des classes sans apparaître dans l'une en particulier et 4) « la gestion des compétences », essentiellement couverte par la classe 5.

Ces quatre thèmes étaient largement présents à la lecture des entretiens, sans forcément apparaître à travers l'analyse Alceste pour les raisons énoncées plus haut. Ils ont été analysés plus finement ainsi que décrit ci-dessous.

## 2. Approfondissement du modèle d'activité de quatre thématiques

### a) *Évolution du métier de médecin généraliste*

« Qu'est-ce qu'être médecin généraliste aujourd'hui » a fait apparaître un discours largement centré sur le patient. C'est par rapport au patient que le médecin expliquait (légitimait) ses pratiques et l'intérêt de son métier. Ce modèle de renforcement de soi par le patient, dominant, reposait pourtant sur des modèles de référence (médecin de ville/de campagne ; médecin humaniste/technicien) qui étaient actuellement remis en cause (frontière peu claire, autre modèle, etc.). Ce qui expliquait le malaise des médecins : mise en question de la valeur sociale et intellectuelle de leur exercice, non maîtrise réelle de l'évolution de leur métier et définition étroite de ce métier. Nous disons que cette définition est étroite car elle n'intégrait pas la gestion globale du patient, la gestion du cabinet et des compétences. Cela laissait alors le médecin dépourvu face aux demandes de plus en plus expresses d'un patient client ou consommériste. Le médecin s'accommodait de son métier, plus qu'il n'en maîtrisait l'évolution car fondamentalement nous avons observé une forte vocation pour ce métier.

Face à cela, un modèle de « revalorisation par la redéfinition des contours du métier » apparaissait chez certains acteurs gérant des ressources particulières pour maîtriser le sens, l'évolution et le contenu de leur art : participation aux évaluations des pratiques professionnelles de l'ANAES (auto-analyse des pratiques), insertion dans des réseaux de santé, construction d'espaces de dialogue entre professionnels (le cabinet par exemple.). Enfin, ces médecins étaient très attentifs à élaborer un cadrage éducatif et technique de leur relation avec le patient (cf. ci après) : faire évoluer le patient dans une relation de soin et de santé tout au long de la vie, réintroduire la technicité de l'acte.

### b) *Entretien des compétences*

L'entretien des compétences était un thème concernant la formation initiale et continue du médecin et la gestion de l'information (abonnement à des revues, participation à des colloques et réception des visiteurs médicaux). Beaucoup de médecins ont d'ailleurs salué l'intérêt à avoir rendu obligatoire la formation continue.

Ce qui frappait était l'extrême variété et quantité d'informations maniées par les médecins. Pourtant la croyance partagée voulant qu'un « bon médecin » soit celui qui manipule beaucoup d'informations et qui se forme avec l'âge, n'aide pas à favoriser le développement de stratégies (et donc d'outils) d'acquisition et de gestion des connaissances. Ce comportement était renforcé par l'inadaptation de la formation initiale (peu de forma-

tion sur la gestion du cabinet ou sur la compréhension globale du patient) et de la formation continue (davantage vue comme un lieu de socialisation).

L'information ainsi gérée ne permettait pas aux médecins d'anticiper de nouvelles pratiques ni réellement de les évaluer. Enfin, cette information n'aidait pas à organiser un mode de travail collectif (quoi échanger, quels espaces et lieux de l'échange, etc.). Un modèle de gestion des compétences adéquat apparaissait chez les acteurs fortement impliqués dans le travail collaboratif et dans les formations médicales : 1) savoir comment transformer les informations en savoirs et en nouvelles pratiques ; 2) savoir manier des outils d'acquisition et surtout de classement et de capitalisation des connaissances et 3) pouvoir adopter des stratégies de gestion des sources de connaissances.

### c) *Relation médecin / patient*

La relation entre le médecin et son patient était un thème largement débattu et discuté lors de nos entretiens. C'est par le patient et autour du patient que le médecin se définissait (d'où ce risque d'étouffement sur un métier trop étroitement défini). Deux modèles rendaient compte de cette relation :

– un premier modèle que nous avons appelé le « modèle thérapeutique de soins à l'acte », bâti autour d'un patient consommateur de soins et qui oriente la consultation. Le médecin accommode plus qu'il ne détermine sa pratique ;

– un second modèle que nous avons appelé le « modèle relationnel de soins au long de la vie », élaboré autour d'un patient cadré, éduqué, compétent, qui partage avec son médecin sa manière de voir la médecine. C'est dans ce modèle que nous avons trouvé les médecins désireux d'établir une relation de confiance et non pas de surconsommation de médicaments.

Les médecins évoluaient dans leur grande majorité du premier modèle vers le second, mais selon deux modes différents :

– une évolution de nature défensive, pour davantage satisfaire les consignes de l'Assurance maladie vers une prescription plus juste ;

– une évolution de nature réellement proactive, choisie et agie par le médecin car correspondant véritablement à la vision de son métier. Mais l'instauration de ce modèle a relevé encore d'un grand empirisme. Peu de médecins ont déclaré utiliser des connaissances ou des outils spécifiques pour éduquer leur clientèle et gérer la relation qu'ils souhaitent instaurer avec elle (« évaluation de la compétence du patient » proposée par l'ANAES par exemple).

#### **d) Dimension collective du métier de médecin généraliste**

L'art de la médecine est traversé depuis de nombreuses années par l'organisation en collectif de travail (réseau de santé), portée par la nécessaire prise en charge de pathologies lourdes et complexes (sida, addiction), et sortant du champ traditionnel de la médecine. Notons aussi le comportement de certains médecins souffrant d'une solitude dans leur exercice. Mais trois visions du collectif sont ressorties du discours des médecins [10] :

- l'individu prime sur le collectif, ce qui correspondait à une appréciation utilitariste, instrumentale de l'intérêt du travail collectif au médecin ;

- le collectif prime sur l'individu, l'entité collective organisant le travail et les compétences de chacun de ses membres. Ce modèle reproduisait la vision de l'hôpital en tant que bureaucratie professionnelle, connu pour davantage organiser l'indépendance des compétences professionnelles (et non pas leur articulation).

Ces deux modèles étaient le symptôme d'une mauvaise compréhension de ce que peut être le travail collaboratif. Nous avons privilégié un troisième registre d'émergence d'un collectif à partir des activités individuelles autour du patient.

Ce passage d'un modèle d'ignorance (premier modèle) ou de juxtaposition (second modèle) suppose que les questions du travail aux frontières [11] et de la connaissance des ressources à mobiliser soient réglées. Il s'agit non pas de proposer un médecin généraliste pluridisciplinaire mais au contraire interdisciplinaire, véritable chef d'orchestre, apte (car outillé et compétent) à gérer un système (trajectoire) de soins [12], de pratiques, de savoirs distribués entre différents intervenants, ce que nous appelons un système de cognition socialement distribué [13, 14].

## **DISCUSSION**

L'analyse globale, puis thématique, du corpus nous a permis d'identifier un nombre important de classes du discours sur les pratiques que nous avons organisées au sein d'un modèle diagnostic et explicatif des évolutions de la médecine générale. Nous avons choisi de structurer ces données autour des trois registres du travail, du métier et du médecin. A chacun de ces registres sont associées des variables explicatives qui sont, selon nous, au centre de ces évolutions et qui sont confortées tant par les données brutes que par l'état de l'art en sociologie du travail et des professions aussi bien qu'en ergonomie des activités cognitives.

### **1. Travail**

Des travaux convergents [1, 2, 15] soulignent que le travail contemporain, notamment le travail sur

autrui (enseignement, travail social, médecine, etc.) se présente de moins en moins comme l'accomplissement d'un rôle et de plus en plus comme une expérience subjective, avec tout ce que cela implique en termes de sollicitation et de régulation psychologique et sociale pour la personne concernée (connaissance de soi, gestion de soi, prise de recul sur ses pratiques, etc.). C'est ce que nous appelons l'accroissement de l'engagement subjectif et de la réflexivité.

Le pendant de cette « subjectivation du travail » [2] est l'ampleur prise par l'activité de communication et l'élargissement de ses modalités (écoute, argumentation, négociation, influence, socialisation, etc.). Pour l'essentiel, travailler, c'est communiquer.

La troisième variable concerne le poids croissant du rôle de l'information et des connaissances dans la compréhension et la résolution de problèmes, alors que nos interviewés restaient souvent sur une gestion archaïque des savoirs sans visée métier clairement construite.

Enfin, la coordination des acteurs est de plus en plus essentielle dans la régulation du processus de travail au fur et à mesure que l'activité devient de plus en plus collective, flexible et donc contextuelle à l'action plutôt que décidée d'avance. On distingue d'une part la synchronisation temporo-opératoire ayant pour fonction d'assurer une répartition des tâches entre les partenaires de l'activité collective et d'assurer, selon les cas, le déclenchement, l'arrêt, la simultanéité, le séquençage, le rythme des actions à réaliser ; d'autre part, la synchronisation cognitive faisant d'ailleurs largement appel à la communication pour s'assurer que chacun a connaissance des faits relatifs à l'état de la situation (données du problème, état de la solution, hypothèses adoptées, etc.) et pour s'assurer que les partenaires partagent un même savoir général quant au domaine (règles techniques, objets du domaine et leurs propriétés, procédures de résolution, etc.).

### **2. Métier**

L'écart entre le travail attendu et le travail accompli est une variable importante car c'est le socle sur lequel se construit toute dynamique de métier. La médecine n'est pas une science appliquée. La place des savoirs tacites et des apprentissages informels y est alors prépondérante, même si ou plus exactement dans la mesure où les médecins interviewés nous parlaient spontanément de la tâche (ce qui était à faire) et peu de l'activité (ce qu'ils faisaient réellement). Derrière cette variable, c'est toute la question du travail réellement accompli, de sa perception par le médecin et enfin de son évaluation sociale qui est en jeu.

Les analyses du travail se concentrent sur l'analyse de l'activité mais très peu sur les pratiques effectives

d'organisation de cette activité par le médecin et/ou le collectif de travail auquel il appartient. Or l'affaiblissement du modèle normatif met en avant le rôle désormais majeur de ce que certains chercheurs appellent le « travail d'organisation » [16]. Ce travail d'organisation porte sur tout ce qui contribue à structurer l'action d'un collectif (définition de buts, de méthodes, d'outils et de moyens de travail, etc.).

Enfin, l'activité même des médecins et des collectifs au sein desquels ils évoluent est productrice de règles sociales autonomes qui s'articulent ou bien souvent s'opposent à la régulation de contrôle qu'imposent les corps constitués (Etats, institutions, prescripteurs divers, etc). La distinction entre régulation autonome et régulation de contrôle [17] pose la nécessité d'admettre plusieurs sources de légitimité et le rôle éminent de la négociation. Les règles autonomes, locales, organisent les relations à l'intérieur d'une profession en définissant les pratiques de travail, les modes de transmission et d'évolution du savoir et, finalement, les relations au sein d'un groupe professionnel donné. Elles règlent également les comportements des acteurs, leurs interactions. Elles agissent enfin sur les mécanismes de sélection et de formation interne au métier. Au fond, une profession repose en grande partie sur la capacité d'un groupe à se structurer par la formalisation de ses règles et sur sa capacité à convaincre du bien-fondé de son existence. Comme le rappelle Hughes [18], la différence entre profession et salariat dépend moins de la nature objective des activités considérées (niveau d'expertise et efficacité du service rendu à la société) que de la capacité d'action collective du groupe.

### 3. Médecin

L'analyse du discours des médecins interrogés fait enfin émerger deux autres variables. D'une part, la tension devient croissante au quotidien entre le sujet et le rôle. Ce dernier était auparavant bien plus fortement institué en ce qu'il autorisait une plus grande routinisation du travail et de l'interaction avec les collègues, le milieu social et les malades. D'autre part, l'écart croissant chez le médecin entre sa représentation initiale et sa représentation actuelle du métier amène le médecin à un travail identitaire plus important que par le passé. Cet écart découle d'une tension entre le soi hérité et l'identité construite. L'identité n'est plus donnée ou héritée, elle doit être acquise et même conquise au quotidien par le médecin, notamment dans sa relation avec ses patients. Ce travail identitaire est susceptible de déboucher sur trois configurations : une identité professionnelle, relativement étroite, dont la construction est basée sur le renforcement sur soi à travers le patient ; une identité de

métier, plus large, de revalorisation par la redéfinition collective du métier ; enfin, il peut exister des identités professionnelles dites bloquées, qui ne parviennent pas à se stabiliser dans des formes identitaires – ici professionnelles ou bien de métier – valorisantes.

### 4. Deux crises

Nous reprendrons ici la définition de Dubar [19] pour qui la crise est « une phase difficile traversée par un groupe ou un individu », « une rupture d'équilibre entre diverses composantes ». Notre étude nous permet d'identifier deux crises : une crise identitaire et une crise de régulation, qui s'alimentent mutuellement. La crise identitaire part de l'acteur, le médecin, pour aller vers son activité, le travail, et s'achève dans la dimension sociale de cette activité, le métier. La première boucle (représentée dans la figure 2 par le n° 1 en pointillé) traduit l'écart ressenti par le médecin entre son rôle, de moins en moins institué, et son activité réelle de travail, de moins en moins lisible, qui oscille entre la technique, la relation et l'organisation. Seconde boucle, l'insuffisante prise en considération des pratiques professionnelles tacites bloque l'élaboration de référentiels métiers partagés. En retour, dernière boucle, le métier n'est plus une source de régulation suffisante sur laquelle puissent s'appuyer les acteurs pour vivre l'expérience de travail comme relativement sereine. Ils souffrent, pour certains du moins, d'une identité en mal de reconnaissance.

Quant à la crise de régulation, il s'agit surtout d'une crise de la régulation autonome. Elle trouve d'abord sa source, première boucle, dans l'évolution des pratiques professionnelles, qui entrent en décalage tant avec le rôle social du médecin qu'avec son identité personnelle et sa carrière professionnelle. Le second temps illustre le fait que le médecin ne parvient pas à élaborer, avec d'autres acteurs et sauf marginalement, des règles locales et autonomes, appuyées éventuellement par une logique identitaire d'innovation, lui permettant de faire évoluer le système professionnel local dans un sens qui lui serait favorable. Nos données ont bien mis en évidence la faible innovation locale du milieu médical étudié. En retour, les tentatives de régulation « par le haut » (responsabilisation de la demande, maîtrise des dépenses par les prestataires de soins, évaluation des bonnes pratiques, contractualisation, etc) tombent plus ou moins à plat dans ce contexte et ne parviennent pas à rationaliser l'organisation du travail du médecin.

### 5. Recommandations

Cette analyse nous permet d'esquisser des recommandations dont certaines sont liées à l'identité et d'autres à la régulation. Ces recommandations

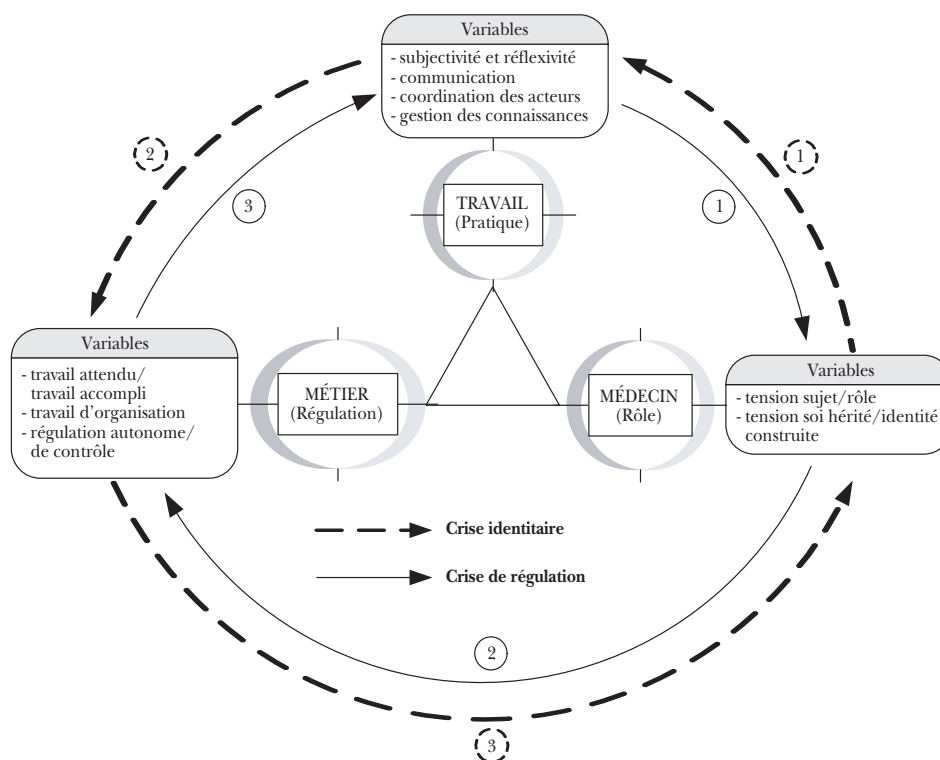


Figure 2. Les variables explicatives de la crise de la médecine générale.

découlent de notre diagnostic général d'une certaine incapacité d'autodéfinition du métier par les médecins eux-mêmes.

**a) Recommandations liées à l'identité**

Nous recommandons d'abord de globaliser le patient au sein de sa trajectoire de soins car la maîtrise globale du patient est un impératif sanitaire, financier et éthique qui débouchera sur une stabilisation de « l'objet de travail » du médecin, source pour lui d'une identification plus forte qu'elle ne l'est actuellement. Il faudrait ensuite offrir au médecin généraliste un rôle de chef d'orchestre de la trajectoire de soins de ses patients. Les médecins n'ont effectivement pas en France de rôle pivot suffisamment institué et reconnu comme tel, au-delà de l'usage encore marginal du médecin-référent. Il faudrait ensuite développer des approches pour former des praticiens réflexifs. La part des savoirs développés sur le tas dépasse aujourd'hui largement les formules apprises lors de la formation fondamentale et concernent moins la technique que la relation avec le patient, la régulation de soi et enfin le travail d'organisation des activités de travail. Ce savoir d'expérience doit être « réfléchi » pour pouvoir être diffusé. Enfin, il conviendrait certaine-

ment de développer un nouveau modèle de compétence du médecin généraliste. A l'image d'autres professions, le médecin généraliste est en train de vivre le passage d'une logique de qualification basée sur la science et le savoir théorique à une logique de compétences multiformes, le plus souvent collectives et en tous cas distribuées entre plusieurs groupes professionnels, dont les contours sont encore très flous aujourd'hui.

**b) Recommandations associées à la régulation**

La première mesure pour mettre en mouvement le système actuel est de réunir toutes les conditions pour favoriser les dynamiques d'innovations locales. Il faut ensuite développer la gestion des connaissances. Il faut entendre cette gestion au sens large, incluant la formation initiale et continue, l'apprentissage sur le terrain, la gestion de l'information, les systèmes et technologies de l'information et de la communication, la gestion des compétences et enfin la capitalisation et la transmission des savoirs opératoires. Nous recommandons ensuite de mieux reconnaître le travail d'organisation, notamment dans ses dimensions collectives, coopératives et informelles, pour améliorer l'organisation du travail, qui présente aujourd'hui d'importantes lacunes

ainsi que nous avons pu nous en rendre compte à l'occasion de nos interviews. Enfin, et comme une conséquence du point précédent, il nous paraît essentiel de renforcer la coordination des professionnels. Le manque de coopération entre acteurs qui caractérise l'offre actuelle de soins est en partie la traduction d'une incompréhension du rôle central de la coordination de la connaissance distribuée entre une pluralité d'acteurs dans le travail contemporain. Cela ne saurait être ramené, comme dans de nombreuses études, à des variables telles que la motivation des acteurs, leur prétendue mauvaise volonté ou encore leur intérêt à ne pas coopérer, mais aussi à la fébrilité de la sociologie des professions en France [20].

Ces recommandations visent ainsi à réunir les conditions nécessaires d'une régulation plus autonome de son propre métier par le médecin. Cela suppose cependant d'approfondir notre connaissance du métier de médecin généraliste et de renouveler les modèles théoriques, les catégories et les techniques d'analyse qui en découlent ainsi que les modes de recherche-intervention. Afin d'améliorer l'analyse de pratiques développée abondamment dans notre étude, des observations *in situ* devront être réalisées en complément.

## RÉFÉRENCES

1. Dubet F. *Le déclin de l'institution*. Paris : Seuil ; 2002.
2. Osty F. *Le désir de métier. Engagement, identité et reconnaissance au travail*. Paris : Presses Universitaires de Rennes ; 2003.
3. Blanchard-Laville C, Fablet D. *Sources théoriques et techniques de l'analyse des pratiques professionnelles*. Paris : L'Harmattan ; 2001.
4. Blin JF. *Représentations, pratiques et identités professionnelles*. Paris : L'Harmattan ; 1997.
5. Eisenhardt K. *Building theories from case study research*. *Academy of Management Review* 1989;14:532-50.
6. Martinet AC. *Grandes questions épistémologiques et sciences de gestion*. In : Martinet AC ed. *Épistémologies et Sciences de gestion*. Paris : Economica ; 1990, p. 9-30.
7. Moscarola J. *Les actes de langage. Protocoles d'enquêtes et analyse des données textuelles*. *Colloque Consensus Ex-Machina* ; 1994 ; La Sorbonne, Paris.
8. Benzécri JP. *Pratique de l'analyse des données : linguistique et lexicologie*. Paris : Dunod ; 1981.
9. Miles MB, Huberman AM. *L'analyse des données qualitatives – recueil des nouvelles méthodes*. Bruxelles : De Boeck Université ; 2003.
10. Grenier C. *Healthcare network as a mix of three models of professional and collective practices – a better understanding of the distinctive characteristics of professional network*. *Communication à la conférence de l'European group for organizational studies (EGOS)*; 2004; Lubliana (Slovénie).
11. Carlile P. *A pragmatic view of knowledge and boundaries: boundary objects in new product development*. *Organization Science* 2002; 13,3: 442-55.
12. Strauss AL. *La trame de la négociation*. Paris : L'Harmattan ; 1992.
13. Suchman L. *Plans and situated actions: The problem of human machine interaction*. Cambridge: Cambridge (Royaume-Uni): Cambridge University Press; 1987.
14. Cicourel A. *Le raisonnement médical*. Paris : Seuil ; 2002.
15. Zarifian A. *Le modèle de la compétence. Trajectoire, historique, enjeux actuels et propositions*. Paris : Editions Liaisons ; 2001.
16. De Terssac G, Lalande K. *Du train à vapeur au TGV : sociologie du travail d'organisation*. Paris : Le travail humain ; PUF ; 2002.
17. Reynaud JD. *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*. Paris : Armand Colin ; 1997.
18. Hughes EC. *Le regard sociologique*. Paris : Les éditions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales (EHESS) ; 1996.
19. Dubar C. *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation*. Paris : PUF ; 2000.
20. Menger PM, ed. *Les professions et leurs sociologies. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*. Paris : Editions de la Maison des sciences de l'homme ; 2003.