

INTRODUCTION

Géraldine Bloy, François-Xavier Schweyer

La médecine générale représente une part importante de la profession médicale. En première approche, la moitié des 213 000 médecins recensés en France en 2007 sont des diplômés de médecine générale. S'agit-il pour autant de médecins généralistes ? Compter les médecins actifs n'est pas chose aisée, du fait de l'absence d'harmonisation des critères utilisés et du caractère non systématique des déclarations. Pour ce qui est des généralistes, la difficulté s'accroît encore par le flou du qualificatif de « généraliste » : la médecine générale est mal cernée et mal connue. Ce n'est que récemment que la taxinomie professionnelle a été clarifiée (ONDPS, 2008). Les diplômés de médecine générale n'exercent pas tous la médecine générale, c'est-à-dire ne sont pas tous des omnipraticiens qui dispensent des soins de premier recours en médecine ambulatoire. Les médecins généralistes dont il sera question ici ne se définissent pas tant par leur diplôme que par leur pratique en médecine ambulatoire de premier recours.

Ces derniers assurent plus de 200 millions de consultations par an et la place qui doit être la leur dans l'organisation des soins fait l'objet d'un débat. Longtemps confinée au sein du milieu médical, la question du rôle de la médecine générale se confondait avec celle de l'organisation des soins ambulatoires, qui reste en France déterminée par les principes de la médecine libérale : libre choix du médecin par le patient, liberté d'installation, paiement direct par l'assuré, etc. Les médecins généralistes n'ont pas le monopole des « soins primaires »¹, ceux-là peuvent être offerts par certains spécialistes, par différentes structures (centres de santé, dispensaires) et services (santé scolaire, PMI), et bien sûr par différentes professions paramédicales.

1. La notion de soins primaires (*primary care*) a été promue par l'Organisation mondiale de la santé depuis la conférence d'Alma-Ata de 1978, dans une acception très large de soins de base accessibles à tous, d'actions de santé publique destinées à des populations voire de politiques de santé. L'usage le plus fréquent de l'expression est plus limitatif et désigne les missions assurées par les professionnels de santé en soins ambulatoires : soins de premier recours, accessibilité, continuité et permanence des soins en lien avec le secteur hospitalier.

Ce modèle professionnel non hiérarchisé (Bourgueil *et al.*, 2009), où la coordination des soins relève en bonne partie du patient et de sa famille, semble aujourd'hui appelé à se transformer. L'offre de soins de premier recours a pris la stature d'un problème public suite aux grèves des médecins en 2001 au sujet de la permanence des soins, puis du fait de l'inquiétude croissante de la population et des élus relative à la présence de généralistes dans certaines zones rurales ou défavorisées. La réforme du « médecin traitant » et du parcours de soins, introduite en 2004, incite fortement les patients à s'inscrire auprès d'un médecin de leur choix. La quasi-totalité des patients a opté pour un médecin généraliste de premier recours. La loi HPST², qui définit les soins de premier recours et précise les missions du médecin généraliste, pourrait conduire à structurer à l'avenir les soins primaires de façon plus hiérarchisée et régionalisée. Dans les pays où existe un système de soins développé, les réformes engagées ces dernières années entendent valoriser les soins de premier recours en donnant aux omnipraticiens un rôle de pivot dans l'organisation des parcours de soin des patients. Bien que le rôle des généralistes soit souvent évoqué comme essentiel, on connaît peu en France leurs pratiques concrètes et leurs rapports aux politiques sanitaires, alors même qu'il s'agit d'un enjeu d'importance.

« Le médecin généraliste est quelqu'un à qui on peut parler de son corps et de sa vie et dont on attend qu'il fournisse des réponses chaque fois qu'on s'écarte de son état antérieur. Le personnage propre du médecin généraliste se dissout dans un de ses avatars spécialisés chaque fois qu'il effectue un acte morcelant le patient en objet d'étude et d'intervention pratiques ; il se reconstitue dans la diachronie à travers un discours ouvert, décloisonné, prosaïque. » Cette définition du « généraliste singulier » (Maruani, 1991) traduit, parmi d'autres, les ambiguïtés et les tensions dans lesquelles s'inscrit l'exercice de la médecine générale. Le discours des généralistes véhicule d'ailleurs une conception de soi paradoxale, mêlant satisfaction et dévalorisation (Baszanger, Bungener, 1995). C'est que leur pratique est traversée par plusieurs oppositions radicales, parmi lesquelles la tension entre soins éclatés et prise en charge globale ou encore entre approche technique et approche relationnelle. Sans parler de la difficile conciliation entre les exigences de la clientèle et celles de la régulation financière (Bungener, Baszanger, 2002). Ainsi, une réflexion sur les activités des médecins généralistes renvoie-t-elle à une interrogation sur leur positionnement professionnel au sein du champ médical et, plus généralement, au flou des attentes et des demandes qui leur sont adressées, qui se heurtent en France à une certaine rigidité du cadre dominant d'intervention et de financement (paiement à l'acte).

Les travaux sur la médecine générale s'inscrivent pour beaucoup dans une tradition sociologique de réflexion sur la profession médicale, son rôle dans la société, ses rapports à l'État et plus récemment à l'action publique. L'analyse des professions tient d'ailleurs une place importante en sociologie de la santé (Carricaburu, Ménoret, 2004). Il n'est pas inutile d'en rappeler quelques éléments pour situer certains cadres d'intelligibilité mobilisés dans

2. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

cet ouvrage et montrer l'intérêt et la complémentarité des approches sur lesquelles se fondent les différents chapitres. La sociologie des professions s'est moins inspirée de Durkheim et de son analyse de la *Division du travail social* (1893), que de sociologues américains qui, à la suite de l'ouvrage de Carr-Saunders et Wilson, *The Professions* (1933), ont théorisé le rôle des groupes professionnels. L'accent a d'abord été mis sur la contribution des professions, et parmi elles de la profession médicale, à l'ordre social. L'altruisme et « l'esprit de service » qui animent les professions, leur confèreraient ainsi la mission d'assurer le bien-être des citoyens, tout en étant autonomes par rapport à l'État. Pour ces sociologues de l'entre-deux-guerres, les professions sont les mieux placées pour prendre en charge certains problèmes collectifs qui se posent dans les sociétés modernes, comme la santé. L'analyse sera reprise de façon plus systématique par Parsons (1955), qui prend quelques distances par rapport à cette première approche essentialiste. D'une part, il insiste sur les points communs qui existent entre le modèle bureaucratique et les professions : l'application de règles impersonnelles, la mise en œuvre d'une rationalité scientifique ou la tendance vers une spécialisation toujours accrue des activités. D'autre part, il attribue l'altruisme et le désintéressement, qui sont des éléments distinctifs des professions, au fonctionnement spécifique de ces groupes fondés sur le contrôle par les pairs et la nécessité de maintenir une garantie sur la qualité des prestations offertes. La médecine compte parmi les professions les mieux établies, ses membres ayant réussi à se voir octroyer par l'État un monopole d'exercice et d'autocontrôle et un certain nombre de traits spécifiques relatifs au prestige social, à la formation, à l'élaboration d'une déontologie, etc. Cette vision « fonctionnaliste », à la fois pacifiée et globale, a été critiquée comme étant proche des représentations sociales des acteurs concernés, par le courant « interactionniste » incarné par la tradition de Chicago (Chapoulie, 1996). Par une sociologie « relationnelle » fondée sur une approche microsociologique, des auteurs comme Becker, Strauss ou Goffman ont voulu privilégier une analyse des activités et des situations de travail, au cœur des évolutions des segments professionnels, par le travail de définition et de redéfinition qu'elles engendrent. L'accent a été mis sur la complexité des relations, qui caractérise la division du travail. Au sein même de la profession médicale, considérée ici comme processus, des groupements émergent, se structurent, s'opposent dans une dynamique de segmentation (Bucher, Strauss, 1992). Le travail de soins dépasse le seul rôle des médecins et inclut les professions paramédicales, les « profanes » et les malades, en sorte que la division du travail fait l'objet de négociations plus ou moins explicites et sans cesse répétées. Au-delà de l'analyse des tâches et du travail d'articulation, Hughes (1996, p. 117) a insisté sur le fait que le professionnel moderne est l'homme d'une organisation : « Bien qu'ils soutiennent l'exercice indépendant au profit de clients, avec un minimum d'appareil institutionnel, le droit et la médecine, qui servent de modèles aux autres professions, sont largement engagés dans la voie de l'exercice au sein d'organisations complexes qui s'interposent de différentes manières entre les praticiens et leurs clients. » E. Freidson (1984) prolongera cette analyse en mobilisant la notion de pouvoir pour expliquer les stratégies de captation et de maintien de position dominante des médecins

dans la division du travail. L'autonomie professionnelle, ce que Freidson a appelé plus tard le « professionnalisme », ne se limite pas au contrôle de son propre travail mais inclut le contrôle des autres travailleurs impliqués dans la délivrance des soins. Cette capacité dépend toutefois de l'État qui délègue aux médecins ce pouvoir (Freidson, 2001). Cela explique qu'une profession puisse bénéficier d'une autonomie sur les actes techniques mais pas forcément sur les orientations socio-économiques de ses activités. C. Dubar et P. Tripier (1998) ont par ailleurs montré le rôle central exercé par l'État dans la constitution des professions en France. A. Abbott (1988) a conceptualisé la dimension proprement politique des relations qui s'établissent entre acteurs professionnels et acteurs publics, à travers la notion « d'écologies liées ». L'analyse d'Abbott (2003) est conduite simultanément sur deux plans. Sur les lieux de travail, la lutte permanente entre professions pour la maîtrise de territoires ou de domaines réservés se fait au nom de savoirs scientifiques maîtrisés et reconnus, mais aussi de l'efficacité des réponses apportées aux besoins, c'est-à-dire de la crédibilité des professions. Dans l'environnement macrosocial, l'autorité et la légitimité des professions se conquièrent et se maintiennent dans différentes arènes : le public (les clients, les médias) et l'État (la législation, les pouvoirs publics).

La médecine générale constitue un terrain particulièrement propice pour saisir ces questionnements théoriques, en ce qu'elle participe à la fois à la profession médicale et aux « soins de premiers recours », devenus objets de politiques publiques. C'est pourquoi les recherches sur les effets des réformes du secteur public, et plus largement la sociologie politique, constituent un deuxième courant d'inspiration pour l'analyse de la médecine générale. Concernant la profession médicale en France, on peut citer les ouvrages pionniers de H. Hatzfeld, *Le grand tournant de la médecine libérale* (1963) et d'H. Jamous, *Sociologie de la décision* (1969), qui ont mis en lumière la dépendance de la profession médicale par rapport à l'État, et particulièrement aux finances publiques. Qu'ils relèvent des sciences politiques, de l'anthropologie ou de la sociologie, les travaux ultérieurs ont mis l'accent sur les transformations intra-professionnelles (syndicales par exemple, Hassenteufel, 1997), sur la redéfinition des logiques professionnelles dans la détermination de l'action publique (Le Bianic, Vion, 2008), sur les effets du management public sur le travail médical (Dent, 2003). D'autres recherches interrogent le processus de rationalisation de l'activité médicale, les modalités de mise en œuvre des politiques publiques, les recompositions des relations entre les médecins et leurs différents partenaires. Plus généralement, le questionnement sociologique sur les notions de service public et l'action publique aide à penser le rôle des médecins dans des domaines où existent des divergences de normes substantielles : professionnalisme, politiques publiques, outils de gestion, qui interrogent le mandat réel des praticiens.

D'autres champs théoriques sont également mobilisés. Par exemple, une approche par la sociologie du genre (Aiach *et al.*, 2001) montre sa pertinence pour analyser les effets de la féminisation du corps médical sur le rapport au travail, à la vie privée, et sur le maintien ou l'évolution des identités de genre. Sur un autre plan, on peut citer les apports de la sociologie de la vieillesse

ou de la sociologie de l'emploi à une meilleure intelligibilité des évolutions de la médecine générale.

Si les médecins généralistes vivent les transformations du monde médical (Moulin, 2004), les contacts directs qu'ils entretiennent avec les patients les rendent particulièrement dépendants de ces derniers. Une sociologie de la médecine générale ne peut qu'être attentive au rôle des patients et aux relations qui se construisent entre le praticien, le patient et souvent son entourage, dans la gestion des maladies chroniques par exemple. Dans cette perspective, l'attention s'est moins portée sur l'action collective, au sens de mobilisation des usagers dans le cadre d'une « démocratie sanitaire » émergente (Cresson, Schweyer, 2000), que sur le travail médical où le médecin généraliste intègre la personne du malade comme objet d'investigation mais aussi comme acteur et partenaire du soin. Les travaux de Balint (1965) ont eu un écho particulier en médecine générale et inspirent encore des généralistes soucieux d'une médecine de la personne totale. Mais pas tous, car comme en médecine de la douleur (Baszanger, 1995), l'intégration du champ de l'expérience de la personne exige de la part du médecin une définition du travail thérapeutique fondé sur un savoir médical adapté et une limitation de son engagement dans le monde social du patient. Ce travail de définition, et l'interrogation sur le rôle du médecin qui l'accompagne, sont d'ailleurs au cœur du travail réflexif qui anime les médecins généralistes au moins depuis les années soixante-dix.

Depuis une quarantaine d'années, une mobilisation professionnelle des médecins généralistes ou médecins de famille s'est structurée au plan international autour d'un travail de définition de leur discipline et plus encore de leur place et de leur rôle au sein de la société. En France, la réflexion sur la médecine générale a longtemps adopté une perspective militante, soit en contestant l'organisation du système de santé centré sur une médecine technique et trop exclusivement curative, soit en déployant un travail politique pour obtenir des pouvoirs publics une meilleure reconnaissance. Pour approcher l'activité et la pratique en médecine générale, il est utile de se référer au travail de définition de la médecine générale mené au plan international et, tout récemment national. Depuis les années soixante-dix, l'Organisation mondiale de la santé ou des généralistes « médecins de famille » réunis au sein de la *World Organization of National Colleges and Academies of family doctors* (WONCA) ont proposé des définitions de la médecine générale/médecine de famille. Les généralistes enseignants ont joué un rôle particulier, de la première définition du médecin généraliste proposée en 1974 à Leeuwenhorst, qui mettait l'accent sur le caractère unique de l'approche globale de la médecine générale, aux dix principes énoncés par le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) français en 1995 (parmi lesquels la prise en compte de l'environnement du patient, les soins à un stade précoce des pathologies, la continuité et la coordination des soins, l'efficience en termes de coûts), ou encore à la définition publiée dans le *British Medical Journal* qui fait du médecin généraliste le pivot du système de soins en charge d'organiser les ressources disponibles du système de santé à l'avantage de ses patients (Olesen *et al.*, 2000). La dernière définition de la WONCA, élaborée en 2002,

propose onze critères et insiste sur la fonction de « premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé ». La médecine générale assure la coordination des soins en lien avec d'autres professions de santé, elle privilégie une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires, elle utilise un mode de consultation spécifique construisant dans la durée la relation médecin patient, elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé, a une responsabilité spécifique en santé publique et enfin « répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle ». Cette perspective épistémologique et professionnelle à la fois est congruente avec le travail du législateur qui pour la première fois en France a défini les « soins de premiers recours » en 2009. Elle justifie aussi de ne retenir ici que l'exercice d'une médecine générale de premier recours, et de ne s'intéresser qu'aux médecins généralistes pouvant être considérés comme des « praticiens » au sens de Freidson (1986), c'est-à-dire appliquant le savoir médical dans leur pratique quotidienne.

Cet ouvrage est donc construit autour d'une discipline (la sociologie) et d'un champ d'activités professionnelles (celui de la médecine générale), pris comme objet de recherche. Les références, les modes de raisonnement des auteurs, leurs concepts et théories, sont ceux des sciences sociales. Nous souhaitons néanmoins vivement que ces travaux soient diffusés auprès des praticiens et des professionnels de santé, que ces derniers se saisissent du propos développé par des sociologues pour réfléchir sur les processus sociaux dans lesquels ils s'inscrivent (nous avons à cette fin veillé à la lisibilité des textes pour des lecteurs qui ne seraient pas coutumiers des sciences sociales). La posture d'analyse qu'adoptent les différentes contributions n'est pas celle des médecins qui écrivent sur leurs propres pratiques ni même qui engagent une recherche en médecine générale. Elle ne leur est pas forcément familière, c'est pourquoi un minimum de clarification épistémologique semble bienvenu si l'on veut réfléchir sereinement aux modalités de rencontre, voire de partage d'analyses ou de collaborations à engager.

Les recherches développées ici sont donc des productions en sciences sociales sur la médecine générale, et non « en médecine générale ». La sociologie s'affirme comme une science de l'enquête : les travaux que nous présentons existent parce que des médecins généralistes acceptent de nous ouvrir leur cabinet, de nous consacrer du temps (sans dédommagement financier, sauf exception), et de nous accorder un minimum de confiance³. Par-delà les différences dans les voies méthodologiques empruntées, tous les auteurs sont donc allés à la rencontre de médecins généralistes pour accéder à leurs pratiques et représentations, avant de les réfléchir à la lumière des productions de leur discipline. Ce va-et-vient est constitutif de la manière de travailler en sociologie, la phase de fréquentation assidue et humble du « terrain » étant

3. Les conditions d'enquête en médecine générale libérale ne constituent pas forcément l'épreuve que l'on se représente encore parfois dans le milieu de la sociologie de la santé ou de la sociologie des professions, en tout cas pour le travail par entretiens, l'observation restant plus délicate. Comme sur d'autres terrains, les enjeux de la relation enquêteur/enquêté y sont toutefois complexes et méritent analyse.

particulièrement importante pour les sociologues qui ont recours à des méthodes qualitatives. La réception des travaux par les personnes auprès desquelles l'enquête a été menée peut d'ailleurs, à certaines conditions, participer à la validation du travail effectué. Sans rigidifier les affiliations disciplinaires, il convient d'identifier les différences de perspectives, qui n'ont pas vocation à fusionner, mais à être complémentaires⁴.

Le projet de ce livre est né dans le prolongement d'un colloque intitulé « Approches sociologiques de la médecine générale », qui était le premier en France consacré en sociologie à la médecine générale⁵. Nous pressentions alors que si peu de sociologues avaient fait de la médecine générale leur objet d'étude principal, de plus en plus de chercheurs réalisaient des études sur ce champ, ou sur des questions de santé dont les médecins généralistes étaient partie prenante et considérés à ce titre. Nous avons été surpris par le nombre de réponses reçues et par la richesse des éclairages sur la médecine générale qui s'en dégageait. Le projet éditorial développé dans cet ouvrage se distingue toutefois de ces premiers échanges par son ambition, puisqu'un important travail de construction a été fait pour tenter de présenter ici un état cohérent des connaissances sociologiques sur la médecine générale et les médecins généralistes en France. Les auteurs retenus ont bien voulu s'inscrire dans ce projet, parfois en remaniant profondément leur propos par rapport à leur communication initiale.

Le livre s'ouvre par une partie consacrée à l'analyse systématique des informations (notamment statistiques) disponibles sur les médecins généralistes en France, autour de quelques questions essentielles : d'où viennent-ils, qui et combien sont-ils, que font-ils et combien gagnent-ils ? Pendant la première moitié du xx^e siècle, le médecin de famille a été la figure centrale de la médecine en tant que profession consultante, le médecin ayant pour tâche de résoudre des problèmes pratiques qu'on venait lui soumettre. L'essor des savoirs et des techniques médicales a profondément transformé les pratiques médicales, en provoquant une spécialisation des activités et une diversification des métiers. Cette recomposition de la division du travail au sein de la profession médicale a fait apparaître comme par défaut, une médecine « générale », ni spécialisée ni hospitalière, dont G. Bloy analyse au premier chapitre l'histoire. Peut-être est-ce la raison pour laquelle les médecins généralistes sont restés longtemps mal connus alors même qu'ils représentent une part importante des effectifs médicaux en France. F.-X. Schweyer traite ainsi de la situation démographique des médecins généralistes au chapitre 2, en clarifiant la taxinomie professionnelle, puis, au chapitre 3, de leurs activités et pratiques, telles qu'elles ressortent des principaux systèmes d'informations mais aussi d'études et recherches. G. Bloy examine la question des revenus

4. Deux médecins généralistes ont participé à l'écriture de cet ouvrage. Les deux éditeurs ont par ailleurs développé des habitudes de collaboration, voire de coproduction, avec certains médecins généralistes, participé à des thèses de médecine générale, etc.

5. Nous avons ainsi apprécié que de nombreux généralistes soient présents au colloque que nous avons organisé à Rennes les 8 et 9 juin 2006. En parallèle s'est tenu le 3^e colloque international « Recherche et médecine générale » des universités de Rennes et Brest sur le thème « les médecins généralistes face à l'organisation de l'offre de soins ».

qu'ils en tirent dans le chapitre 4. Les trois parties suivantes sont constituées de textes fondés sur des recherches sociologiques originales récentes.

La deuxième partie est centrée sur le travail médical réalisé en consultation de médecine générale. Nous l'avons intitulée « les flous du métier » pour rendre compte de la difficulté particulière qu'il y a à cerner le périmètre et le contenu des pratiques, qui autorisent de fortes fluctuations des manières de travailler au sein des cabinets libéraux. Les différences dans les modes d'exercice comme dans les relations aux patients sont considérables, cela contribue à la richesse tant des pratiques que des observations. Une sociologie qui ne réduit pas la complexité des situations et des praticiens singuliers, mais l'ordonne et la rend intelligible, est néanmoins possible, comme le démontrent les différents auteurs. A. Sarradon-Eck (chapitre 5) nous introduit tout d'abord dans l'univers professionnel des médecins généralistes, avec une ethnographie fine de l'agencement des espaces, des gestes et des temps des professionnels. Les trois chapitres suivants envisagent précisément les manières dont les médecins généralistes prennent en charge certains troubles ou pathologies. S. Rosman (chapitre 6) reconstitue les logiques des pratiques de prescriptions médicamenteuses à la lumière des relations d'échanges avec les patients et des conceptions du métier, en nous faisant bénéficier d'une approche comparative avec les praticiens hollandais, qu'elle a également écoutés et observés. C. Haxaire, P. Bail et P. Genest (chapitre 7) se penchent sur le vaste et délicat problème de la prise en charge de la souffrance psychique, très présente en médecine générale mais pour laquelle les outils ou supports professionnels des médecins tendent parfois à se dérober. A. Giami (chapitre 8) étudie les étapes d'une possible spécialisation informelle en médecine générale, à partir de la manière dont les généralistes abordent ou non les questions de sexualité au cours de leurs consultations, de l'évitement de ces questions à leur approfondissement sous forme d'un exercice spécialisé. Les deux chapitres qui closent cette partie décalent le regard sur le travail du médecin généraliste, pour mieux en cerner la nature et les spécificités éventuelles. F. Bouchayer (chapitre 9) procède à une comparaison des trois professions libérales constitutives de la « fonction soignante de proximité », à savoir infirmières, kinésithérapeutes et médecins généralistes, pour apprécier les similitudes et différences dans l'organisation de la relation professionnelle aux patients. G. Bloy (chapitre 10) prend appui sur l'observation du travail pédagogique réalisé dans certaines facultés autour des consultations simulées proposées aux étudiants pour saisir la démonstration de ce que devraient être les consultations de médecine générale.

La troisième partie du livre envisage le positionnement des médecins généralistes dans leur environnement plus ou moins immédiat. Positionnement auprès des patients et de leurs proches, naturellement, mais aussi au sein d'un système d'acteurs plus large constitué par les autres soignants avec lesquels ils entrent en relation, et par des interlocuteurs médecins ou non médecins, cliniciens ou non cliniciens, avec lesquels les liens peuvent se faire plus formels. Là encore, un régime d'incertitude semble dominer, les généralistes cherchant leur place entre leurs patients et un système en mutation qui présente de nouvelles ressources et de nouvelles contraintes, dont ils se

saisissent très inégalement. S. Pennec (chapitre 11) pointe des tensions constitutives de la position des généralistes, tiraillés entre un rôle d'expertise et un rôle de service aux personnes. G. Fernandez et G. Lévasseur (chapitre 12) étudient les processus sociaux qui recomposent la relation de soins et le système d'acteurs par rapport auquel le généraliste se trouve impliqué lors de l'accompagnement de patients âgés fragilisés. Sur la base de la même enquête, F. Leborgne-Uguen (chapitre 13) analyse la nature des relations que nouent ou évitent de nouer les généralistes avec les médecins territoriaux d'un département à l'occasion des demandes d'Allocation personnalisée d'autonomie. A. Sarradon-Eck (chapitre 14) interroge, à partir des enseignements d'une étude ethnographique des réseaux informels développés par des médecins généralistes ruraux, l'évidence du généraliste pivot naturel de la coordination des soins. Le champ d'action des généralistes, et les dispositifs dans lesquels ils sont de plus en plus amenés à s'inscrire, bon gré mal gré, sont élargis dans les deux derniers chapitres. J.-Y. Trépos et P. Laure (chapitre 15) présentent une étude originale sur les formes complexes de « prise » des recommandations et normes professionnelles que réalisent les généralistes. F.-X. Schweyer (chapitre 16) examine le fonctionnement et la portée du dispositif des réseaux de santé, du point de vue de la médecine générale et des médecins généralistes.

Les six chapitres de la partie 4, intitulée « Dynamiques et réformes de la médecine générale » font porter la focale sur les évolutions qui traversent ou ont récemment traversé le champ de la médecine générale, et sont peut-être en passe de le reconfigurer. Les chapitres évitent l'exercice de la prospective, ils ne prétendent pas révéler la médecine générale de demain. Sur la base de travaux d'enquête, ils tentent de préciser rigoureusement un certain nombre de diagnostics et de prendre du recul sur des phénomènes qui peuvent faire l'objet d'une forte actualité. G. Bloy (chapitre 17) retrace le long mouvement par lequel la médecine générale a réussi son entrée à l'université et en propose un bilan provisoire. Y. Faure (chapitre 18) se penche sur les épreuves classantes nationales, par lesquelles s'opère depuis 2004 l'orientation des étudiants en médecine générale, pour analyser la complexité des effets de procédure et construire un indicateur (dont la pertinence s'est trouvée depuis largement confirmée) de la cote pas si mauvaise de la médecine générale. G. Bloy (chapitre 19) prolonge la réflexion sur le choix puis la découverte de la médecine générale, en examinant comment opère, à différentes étapes du cursus, le genre des étudiant(e)s de cette filière. C'est encore la féminisation des médecins généralistes qu'étudient N. Lapeyre et M. Robelet (chapitre 20), en prenant des points de comparaison chez des femmes d'autres professions supérieures, pour saisir l'inflexion éventuelle des logiques des carrières professionnelles en médecine générale et les particularités du milieu médical. F.-X. Schweyer (chapitre 21) s'intéresse au renouvellement des professionnels en médecine générale, en examinant les conditions et enjeux de l'installation en médecine générale libérale. Enfin P. Hassenteufel (chapitre 22) s'attache à reconstituer les conditions d'émergence d'une représentation syndicale spécifique à la médecine générale et examine son rôle dans la vie conventionnelle jusqu'à aujourd'hui.

BIBLIOGRAPHIE

- Aïach P., Cèbe D., Cresson G., Philippe C. (dir.) (2001), *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, Rennes, Éditions ENSP.
- Abbott A. (1988), *The system of Professions: an essay on the division of expert labor*, Chicago, University of Chicago Press.
- (2003), « Écologies liées: à propos du système des professions », in Menger P.-M. (dir.), *Les professions et leurs sociologies. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- Balint M. (1965), *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Payot.
- Baszanger I. (1995), *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Seuil.
- Baszanger I., Bungener M. (1995), « Heureux, moi non plus. Vingt ans d'enquête: le regard des généralistes », *Le Généraliste*, 20 octobre.
- Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J. (2009), « Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie, en Nouvelle-Zélande », *Questions d'économie de la santé*, n° 141.
- Bucher R., Strauss A. (1961/1992), « La dynamique des professions » in Strauss A., *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme* (Textes réunis et présentés par I. Baszanger), Paris, L'Harmattan.
- Bungener M., Baszanger I. (2002), « Médecine générale, le temps des redéfinitions », in Baszanger I., Bungener M., Paillet A., *Quelle médecine voulons-nous ?* Paris, La Dispute.
- Carricaburu D., Ménoret M. (2004), *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, A. Colin.
- Chapoulie J.-M. (1996), « E.C. Hughes et la tradition de Chicago », in Hughes E. (1996), *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- Cresson G., Schweyer F.-X. (dir.) (2000), *Les usagers du système de soins*, Rennes, Éditions ENSP.
- Dent M. (2003), *Remodelling Hospitals and Health professions in Europe*, New York, Palgrave Macmillan.
- Dubar C., Tripier P. (1998), *Sociologie des professions*, Paris, A. Colin.
- European Conference on the teaching of General practice (1974), *The General Practitioner in Europe: a statement by the working party appointed by the European Conference on the teaching of General practice*, Leewenhorst, Netherlands.
- Freidson E. (1984), *La profession médicale*, Paris, Payot.
- (1986), *Professional powers*, Chicago, University of Chicago Press.
- (2001), *Professionalism, the third logic. On the practice of knowledge*, Chicago, University of Chicago Press.
- Gay B. (1995), « What are the basic conditions for defending General practice », *Premier congrès de la Société européenne de médecine générale/médecine de famille (WONCA Europe)*, Strasbourg.
- Hassenteufel, (1997), *Les médecins face à l'État*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Hatzfeld H. (1963), *Le grand tournant de la médecine libérale*, Paris, Les Éditions ouvrières.
- Hughes E. (1996), *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- Jamous H. (1969), *Sociologie de la décision: la réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, Éditions du CNRS.
- Le Bianic T., Vion A. (2008), *Action publique et légitimités professionnelles*, Paris, LGDJ.
- Maruani G. (1991), « Le généraliste singulier. Réflexion sur la partie et le tout », *Projections La santé au futur*, n° 5-6, p. 73-78.
- Moulin A.-M. (2004), « Ordre et désordre dans le champ de la santé », in Schweyer F.-X., Pennec S., Cresson G., Bouchayer F., *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, Éditions ENSP.
- Olesen F., Dickinson J., Hjortdahl P. (2000), « General practice: time for a new definition », *British Medical Journal*, 320, p. 354-357.
- ONDPS (2008), *La médecine générale, Le rapport 2006-2007, tome 1*, Paris.
- Parsons T. (1955), *Éléments pour une sociologie de l'action*, Paris, Plon.
- WONCA Europe (2002), *Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste-médecin de famille*, www.woncaeurope.org.

1^{re} partie

Les médecins généralistes en France

CHAPITRE 1

La constitution paradoxale d'un groupe professionnel

Géraldine Bloy

Les premiers sociologues qui ont appréhendé en France les médecins généralistes, I. Baszanger, M. Bungener ou M. Arliaud, ont formulé la thèse centrale selon laquelle ces praticiens constituent un groupe par défaut, un « peuple vague » doté d'une identité collective « en creux ». Leurs analyses ont pointé un défaut de construction historique, une socialisation professionnelle insuffisante pour ceux qui s'engageaient dans cette voie, un déficit de reconnaissance matérielle et symbolique par rapport aux spécialistes. Marginalisés par l'institution, assignés en quelque sorte à vivre « l'expérience de l'illégitimité » (Arliaud, 1987), les généralistes paraissaient ainsi condamnés à développer d'eux-mêmes une « représentation professionnelle par défaut » (Bungener et Baszanger, 2002).

Cet « excès de défaut » n'est pas toute l'histoire des médecins généralistes. L'invention ou la découverte d'une identité professionnelle de généraliste peut s'opérer pour partie en marge des institutions officielles (Bloy, 2008), ces médecins ayant une part active dans la construction de l'objet de leur travail (Baszanger, 1983). Au fil de l'ouvrage, plusieurs chapitres nuancent donc utilement cette vision, soit en enquêtant de manière rapprochée sur la façon dont les généralistes stabilisent un mode d'exercice et une pratique quotidienne, soit en examinant les transformations institutionnelles indéniabiles qu'a connues ces derniers temps la médecine générale. Les développements récents les plus marquants de ce point de vue (l'émergence d'un syndicalisme spécifique, l'entrée des généralistes à l'université, la transformation des modalités d'orientation des étudiants vers la médecine générale) font l'objet d'analyses spécifiques dans la dernière partie du livre et ne seront donc pas mentionnés ici.

Le présent chapitre envisage de manière synthétique la formation du groupe professionnel que constituent ou sont censés constituer les médecins généralistes, afin de comprendre de quelles procédures ils sont, objectivement ou subjectivement, les héritiers. Dans la mesure où il n'existe pas de moment ou d'acte proprement constitutif de la médecine générale, une

partie de leur histoire se confond avec celle du corps médical (incluant, pour le XIX^e siècle, l'officiat de santé¹) (Léonard, 1981). Le projet de ce chapitre n'est pas de balayer chronologiquement l'ensemble de cette histoire mais de se concentrer sur deux lignes majeures qui contribuent à expliquer la physionomie du groupe professionnel telle qu'elle se présente aujourd'hui en France. Nous examinerons donc dans un premier temps le poids de l'héritage libéral, puis la question majeure du rapport à la spécialisation et au monde hospitalo-universitaire.

1. Certains auteurs ont avancé la thèse d'une forme de filiation illégitime entre officiers de santé et médecins généralistes (Jaisson, 2002; Tabuteau, 2009). L'homologie fonctionne au prix d'une sorte de court-circuit historique car elle revient à ne faire aucun cas du mouvement d'uniformisation du corps médical intervenu à la fin du XIX^e siècle, aux effets politiques pourtant considérables pour la profession: unité et omnivalence du titre, du lieu de formation (la faculté), avec le concours de l'État qui a consacré en 1892 le monopole d'exercice de la médecine et reconnu à tous les médecins le droit de s'installer sur tout le territoire. La mémoire de l'officier de santé tient plus à la prégnance dans nos représentations de quelques figures littéraires marquantes, héritées de Balzac ou Flaubert, qu'à une filiation institutionnelle objective ou à une transmission sérieuse de cette histoire dans la formation des médecins actuels. Les auteurs ont d'ailleurs recours à l'image du « spectre » ou du « fantôme », mais aucune exploration des formes de la connaissance historique que peuvent avoir les médecins généralistes d'aujourd'hui des officiers de santé du XIX^e siècle ne vient appuyer ce qui est présenté comme le « traumatisme » du souvenir de Charles Bovary.