

UN REGARD SOCIOLOGIQUE SUR UNE SPÉCIALITÉ MÉDICALE

YANN FAURE ¹

Introduction

Qu'est ce que la science sociale peut bien espérer apporter à des pratiques scientifiques telles que la médecine ? Par cette question, la place du sociologue est d'emblée contestée dans l'univers des praticiens. Ce qui ne va pas de soi nécessite du temps pour convaincre. Or le format et la durée accordée à notre exposition sont rigoureusement les mêmes que ceux destinés à la communication de données scientifiques médicales à un public formé pour les recevoir. Il s'agit donc d'une entreprise difficile que nous tâchons de relever ici.

De plus, la sociologie est confrontée à la même difficulté que toute théorie constituée quand on veut mesurer sa valeur à l'aune des applications concrètes qu'elle autorise. Il existe une confusion, résultat de la proximité sémantique entre « social » et « sociologie », qui détermine une frontière artificielle entre des problématiques susceptibles de relever des sciences sociales et d'autres qui en seraient exclues. Cette ambiguïté est encore renforcée par l'omniprésence du journalisme, qui pense pouvoir accaparer les catégories de l'analyse savante et les retraduire immédiatement dans le langage spontané, intelligible pour tous. Au sociologue, on demande volontiers : « Et maintenant, que faut-il faire ? » Au risque de décevoir, il faut rappeler ici que le sociologue a pour vocation de comprendre et d'expliquer les phénomènes de manière complexe sans les réduire à une seule dimension, exercice qui ne vise ni à justifier, ni à excuser, ni à donner raison. L'objectif du travail sociologique est donc une tentative de construction de la connaissance, de sorte que les responsables et les forces agissant sur telle ou telle structure peuvent décider d'une option en disposant de tous les paramètres.

En préalable à l'exposé du 22 novembre 2003 prévu dans le cadre de l'ICAR, nous brosons ici à grands traits le paradigme dans lequel s'insère notre effort de recherche. L'intervention orale reposera à l'inverse sur une présentation du type « objectifs – moyens - résultats » en relation avec une étude menée in situ de septembre 2002 à septembre 2003.

Qu'est ce que la sociologie ?

Notions générales

Il s'agit d'une science sociale encore en cours de constitution qui a pour objet de préciser les « puissances » à l'œuvre sur les parcours des individus, comment elles les déterminent et par quels moyens elles agissent. Discipline transversale, elle se nourrit volontiers du droit, de l'histoire, de l'économie et de la psychologie pour construire ses modèles. Elle se distingue, notamment par la

¹ Yann Faure yann.faure1@9online.fr Doctorant en sociologie sur le thème : « Socialisation, dispositions et positionnements professionnels des médecins anesthésistes-réanimateurs ». Directeur de Recherche : Bernard LAHIRE, Professeur à l'École Normale Supérieure de Lettres de Lyon

mise à jour de contraintes structurales et de processus dynamiques dans les trajectoires humaines.

- Sur chaque personne pèse un faisceau de relations d'interdépendance qui définissent un nombre limité de possibilités d'action. *Un individu est tributaire de la société dans laquelle il évolue.*

- Les individus ne sont pas déterminés une fois pour toutes dès leur naissance ni par leur carte génétique, ni par une psychologie, un tempérament, une façon d'être fixée de manière définitive. La sociologie observe et démontre que la plupart des comportements résultent de processus d'acquisition. L'éducation occupe donc une place fondamentale dans le devenir des individus, mais d'autres processus de transmission opèrent, souvent à l'insu des transmetteurs eux-mêmes et parfois sans contrôle ni volonté. Les êtres humains apprennent leurs conduites et anticipent leur destin probable au cours d'expériences dites « socialisatrices ». Ceci dit les expériences auxquelles ils sont confrontés ont des probabilités inégales de survenir qui sont fonction de leurs milieux sociaux d'appartenance et qui tendent le plus souvent à entretenir et à conforter les effets des expériences initiales. *L'individu est le produit de son environnement.*

- Ces expériences dont l'efficacité dans la structuration de l'individu dépend de la précocité, de l'intensité et de la répétition forgent des systèmes de dispositions, c'est-à-dire des manières d'agir et d'interpréter le monde souvent durables, qui permettent de réaliser des choix intuitifs, rapides, sans avoir besoin de « peser le pour et le contre », souvent cohérents avec les attentes de l'individu. Ces mécanismes de décision intériorisés sont désignés par les sociologues comme un « habitus ». L'individu a toujours de bonnes raisons pour agir, mais ses raisons souvent lui échappent. Il ne se conduit qu'exceptionnellement en acteur parfaitement rationnel calculant les bénéfices et les coûts d'une démarche. La logique de l'activité humaine est, semble-t-il, plus proche du principe de « degré de satisfaction suffisant ».

- Les individus sont parfois confrontés à – ou plongés dans des contextes auxquels ils ne sont qu'imparfaitement préparés. Ils réalisent alors de multiples ajustements pour adapter ce qu'ils sont à ce qu'on leur demande de devenir. Les individus peuvent s'amender et modifier leurs comportements pour éviter d'être mis en porte-à-faux, insensiblement, et sans l'intervention nécessaire de la conscience.

La sociologie médicale

Issue à l'origine de la sociologie des professions, la sociologie médicale est une initiative principalement nord-américaine. Elle s'est développée suivant deux axes :

- Les rapports des soignants aux malades.
- Les interactions entre professionnels de santé.

Les malades

La définition de la maladie n'est pas strictement scientifique. Le statut de « malade » est un construit social. Une personne ne décide de consulter un médecin que lorsqu'elle pense que son état de santé nécessite une intervention extérieure. Ce sentiment d'être atteint par un mal à traiter dépend de la culture du malade (ethnie, croyance, connaissances scientifiques, perceptions de son corps). Les appréciations de la douleur dépendent du sexe, de l'âge, de la nationalité de l'individu qui la subit. Des études statistiques montrent que les catégories sociales les plus instruites sollicitent plus de traitements pour des troubles fonctionnels, etc. Les pratiques de santé : exigences pédagogiques vis-

à-vis du médecin, observance de la prescription, régularité des consultations, pratique d'automédication, fréquentation des services d'urgence, se déclinent différemment suivant les catégories sociales. Les droits et les obligations du malade varient dans le temps et selon les sociétés.

En outre, le « colloque singulier » reste un face-à-face dont le déroulement dépend des informations asymétriques des interlocuteurs, de leurs ressources et de leurs objectifs tacites non réductibles à l'activité diagnostic- prescription- guérison.

Les professionnels de santé

Un métier n'est pas seulement une succession d'activités techniques. Il se matérialise aussi par l'occupation d'une place spécifique dans la division sociale du travail. Un métier est donc un ensemble de tâches réalisées par un groupe et qui relève de ses seules prérogatives. Le monde médical est un espace non homogène, en constante évolution, composé de « segments » porteurs chacun de conceptions différentes et qui se forment, se maintiennent, se développent ou disparaissent. Dans la pratique, de nombreux compromis s'élaborent entre représentants des différents « segments » en présence. Lorsque le progrès scientifique nécessite ou permet la réalisation d'actions nouvelles, il peut exister une concurrence entre groupes pour leur acquisition. Les différents segments du monde médical peuvent alors être amenés à se disputer une tâche à laquelle se rapporte une gratification symbolique forte de manière à délaissier une activité dévalorisée. (Par exemple, autrefois, la prise de tension était strictement de la compétence du médecin. A la génération suivante, les infirmières s'en sont chargées afin d'éviter d'immobiliser inutilement les praticiens.). Or, le système hospitalier à l'instar de toutes les organisations complexes peut être conceptualisé comme un système de négociations permanentes. La division du travail, même si elle est de plus en plus juridiquement cadrée, est toujours pour une part indéfinie. Seul un processus continu entraînant des accords tacites, des arrangements non officiels et des décisions officielles entre groupes concernés au sujet de la stratégie et de l'organisation globale, permet le fonctionnement de telles organisations.

La sociologie du travail

Parmi les expériences fondamentales auxquelles sont soumis les individus en société : la famille, l'école, la religion, etc., le travail se situe à un niveau crucial de définition de l'identité. Une personne est immédiatement évaluée d'après son nom, le lieu où elle vit, son régime matrimonial et l'activité professionnelle qu'elle accomplit. La valeur supposée d'un individu est implicitement coordonnée à la nature des tâches qu'il effectue, parce que celle-ci résume presque instantanément la totalité des verdicts scolaires qui ont autorisé son accession au poste, le niveau de rétribution de la personne, l'amplitude des réseaux sociaux dans lesquels elle s'insère. Bref, ses ressources culturelles, économiques et sociales peuvent être saisies au travers de sa « raison professionnelle ».

De plus, l'activité laborieuse des individus des sociétés contemporaines les oblige à un investissement massif en temps et en implication dans un système d'actions. Cette pratique contribue à façonner des manières de se représenter, de percevoir l'ordre et la morale du monde, de penser la société, qui déteignent sur l'ensemble des comportements. *Le travail socialise l'individu.*

Enfin, rappelons que la rétribution matérielle du travail n'est pas le seul critère de motivation

des agents. La reconnaissance symbolique de ce travail, la possibilité pratique de le mener dans des conditions satisfaisantes, l'autonomie de l'agent sont également déterminantes dans la conception que le travailleur a de son rôle et dans l'estime de soi qu'il peut y puiser. Surtout, le sens qu'il attribue à son activité confère au travail sa valeur subjective et ce sens découle lui-même des expériences « socialisatrices » préalablement vécues.

Reproduction et dynamique des champs

L'un des acquis forts de la sociologie réside dans le constat statistiquement validé que les champs sociaux tendent à se reproduire dans leurs rapports d'interdépendance pour la raison simple que ceux qui dominent dans la structure sont généralement aussi ceux qui ont le plus de pouvoir sur elle. Cette structure est multi-dimensionnelle et chacun des axes correspond à une espèce de capital efficace dans le champ en question. Les agents sont distribués dans cet espace et les positions occupées correspondent à la fois à des manières de se conduire et à des manières de voir et d'évaluer la logique de cet espace. Ainsi, si un espace social dépend des ressources détenues en connaissances scientifiques d'une part et en relations politiques d'autre part, il est possible que des antagonismes naissent entre leurs détenteurs respectifs. Les uns et les autres oeuvrant naturellement pour que l'espèce de capital dont ils sont majoritairement dotés prenne de la valeur relativement à celle qui leur fait défaut. Ils sont en lutte pour modifier un taux de conversion défavorable ou maintenir un taux favorable. L'idéal étant bien sûr de cumuler les deux propriétés. Les rapports de force s'apprécient donc à la fois selon le volume global de capitaux détenus et la composition de ce volume pour chaque agent en situation de concurrence.

Il est sans doute possible d'établir une cartographie des spécialités médicales suivant une logi-que structurale, c'est-à-dire par l'établissement de positionnements relatifs. Ainsi, chirurgie, disciplines médicales, anesthésie, pédiatrie, gynécologie, psychiatrie, biologie occupent des places relatives les unes aux autres. Il ne s'agit pas seulement d'une échelle hiérarchique qui établirait qu'il y a plus de « noblesse » dans la médecine d'urgence que dans la dermatologie, plus de « prestige » à accomplir de la chirurgie cardiaque que de la chirurgie viscérale ou plus d'argent à gagner en radiologie qu'en médecine interne (trois hypothèses parfaitement arbitraires). L'agencement est, nous le répétons, multi-dimensionnel. Cependant les tableaux de « rang limite » à l'issue du concours de l'internat rappellent annuellement que certaines spécialités sont plus prisées que d'autres. Quelle en est la cause ? Il peut s'agir des niveaux de rémunération qu'elles impliquent, de la quantité de temps libre qui leur est associée, de l'espérance de réussir une carrière universitaire qu'elles autorisent, de la probabilité d'y rencontrer un cadre propice à la recherche. Certaines spécialités sont considérées comme « dures », inadaptées aux femmes, chronophages, sans intérêt, de pure exécution. D'autres comme fortement dépendantes de celles qui les entourent, etc. Quelle est la place du goût ou du dégoût des étudiants pour un type particulier d'exercice dans une telle pyramide de valeurs ?

Plusieurs questions se posent :

- 1) Qu'est ce qu'une spécialité dominante ?
- 2) Comment une spécialité dominée peut-elle changer de position ?
- 3) Une spécialité est-elle dotée de spécificités susceptibles de provoquer une attraction particulière à l'égard d'un type donné d'individus ?

4) La formation professionnelle est-elle de nature à rendre semblables ses futurs praticiens ?
Par quoi se réalise l'homogénéisation du corps professionnel ?

Une spécialité dominante

Dans l'espace structuré et structurant des spécialités médicales, la domination se concrétise par le degré d'autonomie. La domination permet d'échapper au « rendu des comptes ». Est dominante une spécialité qui parvient à tenir à distance les contraintes du pouvoir administratif (peut bénéficier des moyens matériels de sécurité, d'évolution de la discipline, de recherche et s'abstraire des demandes formelles, notamment en les court-circuitant par la règle de l'urgence absolue), à maintenir une indépendance vis-à-vis des patients (libre choix de son recrutement), à imposer aux spécialités adjacentes ses heures, ses lieux, ses manières de voir et de considérer la pathologie, ses indications thérapeutiques. De la capacité de domination dépend la distribution des risques et du confort de la pratique, les gratifications symboliques, la reconnaissance, la réputation, le poids social accordé dans les institutions pesant sur la reconduction ou la transformation du champ (nombre de professeurs, de sièges dans les comités d'experts et de spécialistes, représentants dans les organes de décisions pédagogiques, d'interlocuteurs politiques pour décider de « la médecine de demain »). Une spécialité médicale est construite autour d'une manière singulière de considérer la médecine. La domination assure l'adéquation entre la pratique réelle et les principes de vision de ceux qui la réalisent. Elle permet enfin d'effectuer le tri des postulants en s'assurant que les nouveaux entrants sont bien dotés des mêmes systèmes de valeurs que ceux qui les élisent.

Comment une spécialité peut-elle acquérir une position nouvelle ?

Ce sont essentiellement les contraintes exogènes qui transforment le système de positions re-latatives du champ : progrès scientifiques, interventions de l'Etat, renforcement du pouvoir d'une économie de la santé dirigée par des non-médecins, gain de légitimité des structures ad-ministratives, augmentation du niveau culturel de la population affaiblissant la remise de soi des patients et de leur famille à l'égard du pouvoir médical, modification de l'âge de la population concernée par les soins. De sorte qu'une spécialité peut obtenir une redéfinition de ses prérogatives et de ses attributions lors de la refonte du système, la réorganisation de services, en jouant sur l'utilité sociale de sa mission. Les évolutions technologiques peuvent aussi rendre obsolètes certaines techniques, aboutissant à de nouveaux partages. Les réformes institutionnelles : université, concours, et l'apparition de nouveaux arbitrages (juridisation croissante) peuvent affecter les rapports de force. Des institutions telles que les syndicats ou les sociétés savantes sont des organes de polarisation et de régularisation qui contribuent à façonner de nouveaux équilibres négociés sur la base des déformations de la structure.

Quels types de postulants attire une spécialité ?

Dans un système où les positions relatives ne sont pas strictement hiérarchisées, les individus s'inscrivent dans des processus de choix plus complexes que lorsque l'échelle de valeurs est rigoureusement linéaire. Dès lors que la relation d'ordre n'est pas contestée, on peut s'attendre à ce que les « meilleurs » suivant les principes de classification scolaire se distribuent automatiquement de la spécialité la plus cotée à celle qui l'est le moins. Mais, d'une part, il n'existe pas de consensus stable sur la primauté des spécialités les unes par rapport aux autres et d'autre part les stratégies

d'implantation locale (au sens géographique) bouleversent la possibilité d'un agencement univoque.

L'identité sociale d'une spécialité médicale est le produit d'une évolution historique médiatisée par l'ensemble des institutions et des acteurs qui l'ont en charge. Il existe une distance évidente entre les discours et les pratiques. Mais le propre des identités construites est de détenir une capacité d'imposition symbolique à laquelle les personnes impliquées ne peuvent se soustraire. La définition de l'« anesthésiste » est le résultat d'un rapport de concurrence constitué sur le « rôle », les « attributions », les « prérogatives ». Un ensemble de traits devient alors lisible pour des candidats potentiels. A une période donnée, « faire de l'anesthésie », c'est assister un chirurgien. La période suivante définit cette pratique comme une activité de « généraliste à l'hôpital ». Dans un troisième temps, il s'agit d'une spécialité impliquant une polyvalence de savoirs « pointus » et des domaines d'exercice variés. A chaque stade, la spécialité entre en résonance avec un système d'attentes différent chez les candidats. De sorte qu'il peut exister au sein d'une spécialité des clivages intergénérationnels forts accordés aux différents états du champ lors de l'entrée en fonction des professionnels.

On assiste cependant à des phénomènes d'homologies entre les positions des étudiants dans l'espace social et celles des spécialités dans l'espace des pratiques médicales.

La formation professionnelle

L'apprentissage sur le terrain, dit « de compagnonnage », ne se limite pas à la transmission d'un ensemble de pratiques objectives et professionnelles. Il permet aussi aux agents en formation d'apprendre à se comporter dans des situations imprévues, nouvelles ou non formalisées. Comment doit-on parler à un autre spécialiste ? à une infirmière ? Comment obtenir la mutation rapide d'un malade ? Comment convaincre un patient que l'indication retenue est la meilleure dans son propre intérêt ? interpréter des informations parcellaires ? conserver un espace d'autonomie dans la pratique ? s'opposer à une opinion contraire ? Comment se conduire dans l'urgence ? s'économiser physiquement ou moralement ? bénéficier des moyens concrets nécessaires à son activité ? Comment réparer une erreur ? diffuser une information ? changer les pratiques habituelles d'un service ? A qui demander de l'aide ? Par quels moyens progresser dans la carrière ? faire reconnaître la qualité de son travail ?

La tenue du poste de travail ne se réduit pas à un ensemble d'actes exécutés avec maîtrise : intubation, pose de drains, de voies centrales, de péridurales, réalisation de fibroscopies, etc. Ni même à des compétences cliniques, diagnostiques ou prescriptives. L'intégration dans le métier s'accompagne de l'endossement d'un rôle complet qui règle un système de conduites, de discours et de vues, jamais explicitement spécifié. Pour que cette incorporation réussisse, il est nécessaire qu'une reconnaissance soit possible entre celui qui apprend à tenir le rôle et celui qui le maîtrise déjà. « La foi convertit ceux qui sont déjà croyants ».

Conclusion

Pour ré attribuer à la présentation orale son caractère dynamique et permettre un échange enrichissant avec l'assemblée, nous proposons en fin de compte une formulation plus pragmatique des questions qui seront développées le 22 novembre :

- Y'a-t-il un profil social des médecins anesthésistes-réanimateurs ?
- Quelle est la position de l'anesthésie-réanimation dans la structure de soins ?
- Comment cette catégorie de médecins vit-elle son métier ?
- Le « malaise » vécue par cette spécialité est-il encore de mise ?
- Par quoi s'expliquent la « culture revendicatrice » et l'activisme de ce groupe professionnel ?

Le sociologue livrera ses pistes, les méthodes d'investigation qu'il privilégie pour les éprouver et les perspectives ouvertes par ce type de questionnement.

BIBLIOGRAPHIE ABRÉGÉE

Textes généraux en sociologie :

- ◇ BAUDELLOT C., GOLLAC M. et alii, Travailler pour être heureux, Paris, Fayard, 2003.
- ◇ BECKER H.S., Les ficelles du métier, Paris, La Découverte, 2002.
- ◇ BERGER P., LUCKMANN T., La construction sociale de la réalité, Paris, Armand Colin, 1997.
- ◇ BOURDIEU P., Raisons pratiques, Paris, Seuil, 1994.
- ◇ DUBAR C., La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles, Paris, Armand Colin, 1998.
- ◇ HUGHES E., « The Social Drama of Work », Mid-American Review of Sociology, 1976, pp.1-7.
- ◇ LAHIRE B., L'homme pluriel. Les ressorts de l'action, Paris, Nathan, 1998.

Ecrits sociologiques sur la médecine :

- ◇ AÏACH P. & FASSIN D. (dir.), Les métiers de la santé, Paris, Anthropos, 1994.
- ◇ BECKER H.S. et alii, Boys in white. Student culture in medical school, Chicago, The University of Chicago Press, 1957.
- ◇ BASZANGER I., Douleur et médecine, la fin d'un oubli, Paris, Seuil, 1995.
- ◇ BASZANGER I., « Socialisation professionnelle et contrôle social, le cas des étudiants en médecine, futurs généralistes », Revue Française de Sociologie, n°22, 1981, pp. 223-245.
- ◇ BOLTANSKI L., "Les usages sociaux du corps", Annales E.S.C., jan-fev 1971, pp.205-223.
- ◇ CANGUILHEM G., Le normal et le pathologique, Paris, PUF, 1996 (1966).
- ◇ CICOUREL A.V., Le raisonnement médical, Paris, Seuil, 2002.
- ◇ FREIDSON E., La profession médicale, Paris, Payot, 1984.
- ◇ HERZLICH C. & ADAM P., Sociologie de la médecine et de la maladie, Paris, Nathan, 1994.
- ◇ HUGHES E., Le regard sociologique, Paris, E.H.E.S.S., 1996.
- ◇ JAISSON M., « La mort aurait-elle mauvais genre ? » A.R.S.S., n°143, 2002, pp. 44-53.
- ◇ LAVILLATE-COUTEAU M.-J., Un face à face avec la douleur, aperçu de la pensée chirurgicale de la seconde moitié du XIXe siècle, Sociétés & Représentations, avril 1996, pp.107-125.
- ◇ PENEFF J., Les malades des urgences, Paris, Métailié, 2000.
- ◇ PENEFF J., « La face cachée des urgences », Genèse, n°30, 1998 pp. 122-145.
- ◇ PETER J.-P., « XVIIIe et XIXe, le pouvoir médical s'affirme », Panoramiques, n°17, 1994, pp. 21- 27.
- ◇ PETER J.-P., De la Douleur : Observations sur les attitudes de la médecine pré-moderne envers la douleur, Quai Voltaire Histoire, Paris, 1993.
- ◇ STRAUSS A., La trame de la négociation, textes rassemblés par BASZANGER I., Paris, L'Harmattan, 1992.

Travaux universitaires de recherche :

- ◇ CABRIDAIN M.-O., Peut-on gérer le développement d'une nouvelle discipline médicale ? Approche clinique et historique du cas de l'anesthésie-réanimation, Thèse pour le doctorat de 3e cycle en sciences des organisations sous la direction de H. Tezenas du Montcel, Paris IX Dauphine, juin 1981, 207 p.
- ◇ CHENEVAT L., Devenir médecin généraliste ou spécialiste ? Un rapport aux études et aux savoirs différenciés, Thèse pour le doctorat de sociologie sous la direction de Y. Grafmeyer, Lyon2, dec. 2002, 540 p.
- ◇ HARDY- DUBERNET A.-C. (dir.), La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins, Recherche du programme INSERM/CNRS/MIRE 98, Laboratoire G. Friedmann, Nov. 2001, 165 p.
- ◇ PAILLET A., Consciences professionnelles, Approche sociologique de la morale au travail, à partir du cas des décisions d'arrêt ou de poursuite thérapeutique en réanimation néonatale, Thèse pour le doctorat en sociologie sous la direction de C. Herzlich, E.H.E.S.S., 2003, 529 p.
- ◇ JAISSON M., Les lieux de l'art. Etudes sur la structure sociale du milieu médical dans une ville universitaire de province, Thèse pour le doctorat sous la direction de P. Bourdieu, E.H.E.S.S., oct. 1994, 595 p.

Ecrits sur l'anesthésie :

- ◇ ARNULF G., L'histoire tragique et merveilleuse de l'anesthésie, Paris, Lavauzelle, 1989.
- ◇ COOMBER S., Stress in UK intensive care unit doctors, British Journal of Anesthesia, n°89, Juil. 2002, pp. 873-881.
- ◇ GROSCLAUDE M. et alii, Vers une histoire de la réanimation, Paris, Glyphe & Biotem éditions, 2002.
- ◇ GRIVAUX J-F., La sécurité en anesthésie-réanimation, Mémoire de fin d'assistantat, Rennes, ENSP, nov. 1989, 147 p.
- ◇ Mc COE R., « Processes in the Development of Established Professions », Journal of Health and Social Behavior, Volume 11, Issue 1, Mar. 1970, pp. 59-67.
- ◇ NICOLAS G. & DURET M., Rapport sur l'adéquation entre les besoins hospitaliers et les effectifs en anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique, psychiatrie et radiologie, publication de la SFAR, fév. 1998.
- ◇ PONTONE S., « Les médecins anesthésistes-réanimateurs en France en 1999, Premiers résultats de l'enquête démographique nationale Cfar-Sfar-Ined », Annales françaises d'anesthésie-réanimation, N°21, 2002, pp. 779-806.
- ◇ PONTONE S., « Facteurs influençant les besoins en médecins : un éclairage par spécialité : l'anesthésie-réanimation », Actes du séminaire du CREDES du 11 oct. 2000, N°1341, mars 2001, pp. 85-97.
- ◇ SFAR, « Enquête trois jours. L'anesthésie en France en 1996 », « Lettre de la SFAR n°20 », Supplément des Annales françaises d'anesthésie-réanimation, N°11, 1998, pp. 1-10.
- ◇ SNPHAR, La charge de travail du praticien hospitalier anesthésiste-réanimateur, Lyon, 5e séminaire du conseil d'administration, Mai 1999.