



**HAL**  
open science

## La négociation du soi et la situation de maladie

Marcel Calvez

► **To cite this version:**

Marcel Calvez. La négociation du soi et la situation de maladie. *Ethica Clinica*, 2010, 57, pp.6-13.  
halshs-00524091

**HAL Id: halshs-00524091**

**<https://shs.hal.science/halshs-00524091v1>**

Submitted on 6 Oct 2010

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

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

## LA NEGOCIATION DU SOIN ET LA SITUATION DE MALADIE.

### QUESTIONS POUR LA SOCIOLOGIE MEDICALE<sup>1</sup>

Marcel Calvez  
Professeur de sociologie  
ESO (Espace et Sociétés) UMR 6590 CNRS  
Université Rennes 2-Haute Bretagne  
Place du recteur Henri Le Moal  
CS 24307  
F-35043 Rennes cedex  
[marcel.calvez@univ-rennes2.fr](mailto:marcel.calvez@univ-rennes2.fr)

#### **Résumé**

*La production du soin mobilise une pluralité d'acteurs qui ont des points de vue différents sur la maladie. Elle ne peut donc pas être regardée comme une activité ressortissant exclusivement aux professions médicales. C'est dans ce contexte que la notion de soin négocié s'est développée. L'objet de cet article est de discuter les cadres de pensée de la sociologie médicale pour envisager des perspectives d'analyse de ces situations de négociation du soin.*

**Mots clés :** *négociation, soin, situation de maladie, expertise*

La notion de soin négocié s'est développée dans le contexte des mutations du champ de la santé. La transformation des maladies et de leur prise en charge, le développement des incapacités ont conduit à une prise en charge des situations de maladies, et en particulier de situations de maladies chroniques et de dépendance, dans les espaces ordinaires de vie des personnes. Les acteurs non professionnels deviennent partie prenante de la production du soin, ce qui dépasse les fonctions d'accompagnement affectif des malades qui pouvaient leur être octroyées par les professionnels du soin dans les espaces hospitaliers. Les malades, qui vivent dans leur cadre habituel avec leur maladie, revendiquent une maîtrise de leur situation. Ce sont ces situations qui obligent différents acteurs professionnels et non professionnels à s'ajuster autour des questions posées par la maladie ou l'incapacité dans lesquelles s'ancre la notion de soin négocié. L'objet de cet article est de discuter les cadres de pensée de la sociologie médicale, en particulier la relation médecin-malade et la distinction profane-professionnel, pour aller au-delà de la description d'activités de soins et de prise en charge et pour discuter des perspectives d'analyse de ces situations de négociation du soin. Plutôt que de parler de soin négocié, il suggère d'aborder les questions posées par les formes contemporaines de prise en charge en termes de négociation du soin, ce qui conduit à se décentrer de questions relatives à l'organisation des soins, à considérer la situation de maladie avec tous les acteurs qui en sont partie prenante et à mobiliser les modèles d'analyse de la

---

<sup>1</sup> Cet article reprend sous une forme largement remaniée la conférence de clôture du colloque « *Le soin négocié. Entre malades, proches et professionnels* » organisé par l'ARS (Atelier de recherche sociologique) de l'Université de Bretagne Occidentale à Brest (8-9 octobre 2009).

négociation pour rendre compte des relations qui se nouent entre les différents acteurs de cette situation.

### **Le soin défini par ses aires d'exercice**

La notion de soin semble aller de soi dans les sciences sociales de la santé, au point qu'on serait bien en peine d'en trouver une définition précise. Le plus souvent, elle est associée à des cadres institutionnels d'exercice ou à des modalités particulières de prise en charge des malades ; ce sont alors ces dimensions qui retiennent l'attention. Ainsi, le « *Dictionnaire de la pensée médicale* » (Lecourt, 2004) consacre un article aux soins palliatifs (Baszanger, Salamagne : p. 1058-1062) qui porte sur l'histoire de la prise en charge des malades en phase terminale et l'institutionnalisation d'un modèle de soin. Une autre entrée concerne les soins intensifs et se rapporte aux articles « *mort* » et « *réanimation* ». La thématique du dictionnaire est organisée à partir d'un cadre de référence médical, ce qui conduit à appréhender le soin sous l'angle de pratiques institutionnalisées en milieu hospitalier ou de modèles de prise en charge. Dans les manuels de sciences sociales de la santé, la notion de soin n'a pas de place clairement délimitée. L'ouvrage de Albrecht *et al.* (2000) n'a aucune entrée « *care* » ou « *cure* », ni à plus forte raison de chapitre consacré aux soins (à l'exception d'un chapitre consacré aux marchés de soins de santé). Carricaburu et Ménoret (2004) développent une approche de la littérature centrée sur l'hôpital et sur le travail médical, à partir de laquelle elles présentent et discutent différentes problématiques relatives aux transformations actuelles de la santé et de la maladie ; mais elles n'ont pas d'approche spécifique du soin. La notion de soin n'apparaît pas non plus dans les recueils de textes de sociologie de la santé (par ex : Purdy et Banks, 2004). Pourtant, elle est au cœur de ces différents ouvrages, car elle sous-tend l'analyse des professions, de la situation de maladie, ou des institutions en charge des malades.

La recherche d'une définition explicite du soin est sans aucun doute vaine pour le sociologue, parce que le soin se rapporte à une relation qu'il convient de qualifier et que les modes d'analyse qu'il mobilise le conduisent à relier le soin à d'autres réalités sociales qui se développent et s'institutionnalisent dans et à la faveur de la mise en œuvre de l'activité de soin. On comprend ainsi que la notion de soin émerge dans les sciences sociales au travers des qualificatifs qui lui sont associés ou des cadres institutionnels dans lesquels ils sont prodigués. Ainsi, dans leur ouvrage sur les concepts-clés de la sociologie médicale, Gabe *et al.* (2004) abordent le soin par deux entrées explicites : d'une part une entrée organisationnelle (*Hospitals and health-care organisations*, p. 203-208) et d'autre part, une entrée par les pratiques (*informal care* : p.196-200). La présence de la notion de soin informel est importante à remarquer car elle ouvre sur des pratiques mises en œuvre en dehors des activités professionnelles et des cadres hospitaliers dans lesquelles le soin est abordé.

La notion de soin informel, qualifiée par fois de soin profane par opposition au soin professionnel, semble maintenant d'évidence tant, avec le développement des maladies chroniques et ses incapacités liées au vieillissement, l'activité auprès des malades ne se réduit pas aux espaces hospitaliers et aux pratiques médicales. Dans l'ouvrage de Gabe *et al.*, Young en donne la définition suivante « *le soin informel se réfère au travail non payé, à la fois affectif et instrumental, fourni dans la sphère domestique ou privée, souvent par des femmes et souvent par des membres de la famille* » (Gabe , 2004 : 196). Cette notion a émergé à partir de travaux empiriques sur la prise en charge domestique des malades et sur les relations qui se sont nouées avec la prise en charge, professionnelle ou institutionnelle. L'analyse d'une activité domestique de soin s'inscrit dans la critique d'une approche du soin exclusivement

centrée sur l'activité médicale. Elle s'ancre aussi dans une chronicisation des maladies qui favorise l'acquisition de savoir-faire de prise en charge par les malades et leur entourage dans un contexte extrahospitalier. Ayant pour cadre essentiel l'activité domestique, l'approche du soin informel a porté sur le travail des femmes et son inscription dans la recomposition des rôles domestiques (par ex. Cresson, 1997). Le soin informel constitue ainsi un analyseur de la question du genre, de la division sexuelle des tâches et des liens familiaux.

Le soin est central dans la sociologie médicale car il est au cœur des activités qui sont déployées ; mais il se donne à connaître de façon éclatée par l'intermédiaire de ses aires d'exercice et ne se prête pas à une analyse en tant qu'objet singulier. Si l'on veut l'étudier dans une perspective sociologique, il convient alors de partir des pratiques, formelles et informelles, qui sont mises en œuvre dans la prise en charge des malades. Au-delà de la description des activités et des interactions qui adviennent à cette occasion, le soin se découvre au travers de ses lieux d'exercice, domestiques et professionnels, des acteurs qui le mettent en œuvre, des cadres institutionnels dans lesquels ils le mettent en œuvre. Il se déchiffre également par les représentations qui lui sont associées, que ce soit dans les modèles professionnels qui sont conçus avec des finalités d'aide à la prise en charge médicale ou d'accompagnement de fragments de vie ou dans les principes culturels qui donnent un sens aux activités mises en œuvre. Ce sont ces multiples niveaux d'analyse et leur articulation qui doivent pouvoir être pris en compte.

### **Soigner et prendre soin**

Pour organiser la multiplicité des niveaux d'approche, il faut sans doute repartir du double sens de la notion de soin, à savoir les actes par lesquels on soigne en vue de guérir, et aussi les actes qui consistent à s'occuper du bien-être d'une personne. Dans la prise en charge institutionnelle des malades, ce double sens se rapporte à deux ensembles de pratiques, soigner comme activité professionnelle et prendre soin comme relation à l'autre, et à des mondes sociaux qui sont le plus souvent définis de façon antagonique autour de la prise en charge des malades, les professions du soin et les familles ou l'entourage du malade, les professionnels et les profanes, l'expertise et l'expérience.

Cette dualité renvoie, dans la langue anglaise, à la distinction entre le « *cure* » et le « *care* ». Selon Morin, cette distinction offre un cadre pour se repérer dans un champ de pratiques diverses relatives à la prise en charge des malades. « *Le « care » renverrait au fait de « prendre soin », « s'occuper de » et donc à un domaine d'intervention où les familles, les profanes assurent auprès des malades des activités qui peuvent être très proches de celles d'aides-soignantes ou d'infirmières. Le « cure » réfère au traitement, mais aussi à la guérison, c'est-à-dire une sphère strictement contrôlée par un savoir et des règles professionnellement validées* » (2004 :217).

Pour heuristique qu'elle soit, la séparation entre le « *cure* » et le « *care* » n'en pose pas moins des problèmes pour rendre compte de la diversité des pratiques de prise en charge des malades. D'une part, elle repose sur une distinction entre l'activité de traitement et sa mise en œuvre d'un côté, et l'activité relationnelle de l'autre. Or toute activité de traitement et de prise en charge s'inscrit dans un cadre relationnel dont il convient de prendre en compte les multiples dimensions. C'est donc moins une opposition entre le soin et la relation qui doit être considérée qu'une articulation qui se présente sous des formes diverses dans un continuum des modalités diverses de prise en charge. D'autre part, elle repose sur une séparation entre des aires d'exercice professionnel : d'un côté les lieux institutionnels de la prise en charge des

malades où différentes activités s'appuient sur un savoir explicite et sont l'objet d'une réglementation professionnelle ; de l'autre, un monde profane (par opposition au professionnel), en dehors des institutions de prise en charge, où les familles et les proches mettent en oeuvre des savoir-faire implicites.

Si elle est conceptuellement pertinente, la séparation entre le professionnel et le profane est loin d'être aussi claire dans l'analyse de la prise en charge. A de nombreux endroits les frontières sont brouillées, que ce soit dans la présence de proches à l'hôpital ou bien dans la prise en charge des malades à domicile. Cela ne concerne pas simplement les espaces de prise en charge, mais aussi les pratiques. Par exemple, Mougél note, à propos de la prise en charge d'enfants malades à l'hôpital : « *La place des parents dans la division du travail va au-delà des simples tâches de caring. Les parents/les mères empiètent ou se voient déléguer certaines tâches assurées en leur absence par les infirmières. Il en découle un déplacement de la frontière professionnel profane* » (2009 : 133). Inversement dans des services de soins palliatifs, les infirmières, les aides-soignantes peuvent avoir ou se voir déléguer implicitement ou explicitement par les familles des activités qui d'ordinaire sont celles des proches, comme l'accompagnement des derniers instants de vie. De plus ces personnels soignants revendiquent cette activité, *a priori* profane, comme une composante de leur activité professionnelle (par exemple pour lois palliatifs : cf. Castra, 2003 : 160 *et sq.*).

Il y a ainsi des porosités entre les sphères d'exercice du soin ; les pratiques mises en oeuvre peuvent être proches, voire puiser dans les mêmes stocks de savoir-faire relationnels. Mais ce qui en fait la différence, ce sont les représentations sur lesquelles elles se fondent et leur cohérence avec des modèles professionnels du soin ou des principes culturels de prise en charge et d'accompagnement des malades. Ce sont également les principes de responsabilité qui sont engagés et les instances de contrôle et de réglementation de ces pratiques. La distinction qui peut être faite doit alors s'ancrer dans une lecture culturelle et institutionnelle des différentes pratiques du soin.

### **Du sujet passif au malade actif**

Les représentations courantes du soin posent au mieux le malade comme un sujet dépendant ou un réceptacle du soin, et non comme un acteur partie prenante de la relation de soin. Cette configuration repose sur l'idée commune que la maladie rend la personne dépendante d'autrui ; ce que l'on considère alors c'est la façon dont autrui va prendre en charge l'objet de la dépendance.

Cette représentation d'un sujet passif se retrouve dans l'analyse de la relation thérapeutique développée par Parsons (1951), dans laquelle le malade s'efface devant sa maladie en adoptant un rôle qui correspond aux exigences fonctionnelles de la société et le médecin s'efforce de contrôler la déviance que constitue l'état de maladie. La compétence technique du médecin s'applique au désordre de santé ; quant à son éthos, il lui permet de contrôler et de neutraliser la situation sociale du malade au bénéfice d'une emprise technique sur la maladie et sur le corps malade.

Cette conception a été l'objet de nombreuses critiques, rappelées par Carricaburu et Ménoret (2004 : 49 *et sq.*). Mais parce qu'elle est au cœur de la sociologie médicale, elle a imprégné durablement les façons de penser la relation médecin-malade et, de façon extensive, les relations entre les professions médicales et les malades dans la production du soin. Eu égard à la question des soins, ce qui est notable, c'est la mise entre parenthèses de la personne malade et la réduction du soin à une relation de pourvoyance de la part du médecin, ou de

façon plus générale du professionnel de santé. Or si l'on considère le soin dans le cadre d'une relation de dépendance, cette relation est trinitaire comme le rappelle Memmi (1979), car elle engage le dépendant, le pourvoyeur et l'objet du besoin. De la popularité de cette approche centrée sur le médecin dans la sociologie médicale, réside sans doute la difficulté à penser le soin comme une relation sociale qui englobe des aspects techniques, des traitements, mais ne se réduit pas à eux car elle engage tout d'abord un ensemble d'acteurs.

La considération du malade comme un sujet passif et vulnérable a été remise en cause par l'étude des relations marquées par la coopération entre les médecins et les malades ou la participation de ces derniers aux soins (par ex : Szasz et Hollander, 1956). Cela a conduit les sociologues interactionnistes à extraire la relation médecin-malade de la confrontation singulière et asymétrique dans le cabinet médical pour inscrire la maladie et les réponses qui lui sont apportées dans le cadre d'une multiplicité de situations sociales marquées par une diversité de perspectives en fonction des acteurs qui en sont partie prenante et par des modalités différenciées d'interactions. C'est à partir de là qu'il devient possible de parler de la situation de maladie pour qualifier la configuration sociale dans laquelle des réponses sont apportées au désordre biologique. Le malade est un acteur de cette situation sociale, comme ses proches, mais aussi tous les autres acteurs qui interviennent dans la prise en charge de la maladie. Chaque acteur a son propre point de vue sur la situation dans laquelle il se trouve.

La dichotomie entre profanes et professionnels, hérité de la sociologie du travail développée par Hughes (1952, 1996), permet d'opérer une distinction entre ces multiples acteurs et de structurer les conflits de perspective qui caractérisent ces situations sociales selon une ligne force. « *Etant donné les points de vue des deux mondes [celui du patient et celui du thérapeute], profane et professionnel, ils ne peuvent jamais coïncider exactement ; ils sont toujours en conflit, au moins latent. Ce que je veux dire, c'est que la manière la plus simple d'envisager l'interaction thérapeutique est celle qui reflète ce conflit. [...] Il faut donc considérer l'interaction dans le traitement comme une sorte de négociation aussi bien que comme une sorte de conflit.* » (Freidson, 1984 :318) Cette négociation concerne l'information relative à la maladie, au traitement et à la prise en charge. En posant la maladie et son traitement professionnel comme des fonctions des relations entre deux mondes distincts coordonnés par des normes professionnelles, l'approche de Freidson ouvre l'analyse de la relation médecin-malade en introduisant un sujet actif, mais elle ne parvient pas à prendre en compte le soin comme un ensemble d'actes impliquant différents acteurs parce qu'elle en reste aux professions et à leur mode d'exercice.

L'attention au soin passe par le déplacement de préoccupations relatives aux professions médicales vers le malade et les actions qu'il entreprend. Présentant les analyses de la maladie chronique développées par Strauss, Isabelle Baszanger remarque ainsi : « *Le malade est par nécessité au cœur du travail médical. Celui-ci s'effectue pour et sur les malades, mais aussi avec les malades en ce sens qu'ils participent (au sens factuel) à leurs propres soins. D'où la nécessité de penser [...] en termes de production de soins. [...] Autrement dit, les efforts du malade doivent être conceptualisés comme un travail et les malades comme des acteurs de la division du travail médical* » (1986 :12). Si cette perspective peut être développée pour toute maladie y compris lorsque la production du soin s'effectue exclusivement dans le monde hospitalier, elle prend un relief particulier pour les maladies chroniques dans la mesure où une de leurs caractéristiques majeures n'est pas d'être une parenthèse dans la vie sociale du malade, mais de la désorganiser sur le long terme. Le malade chronique doit alors recomposer ses contextes de vie, ses rôles spécifiques, ses interactions avec d'autres acteurs, c'est-à-dire vivre avec et en dépit de sa maladie et opérer des ajustements biographiques. Cette situation de maladie chronique oblige à considérer le malade comme « *un acteur indispensable, à la fois de la division du travail et d'une construction négociée de la maladie chronique.* [...]

*L'univers médical n'est lui-même pour les malades qu'un sous-ensemble du monde de la maladie chronique : dans leur travail de gestion, les malades doivent aller au-delà d'un travail de soins médicalement défini* » (ibidem : 22). Le malade est pleinement acteur de la construction négociée de sa maladie, c'est-à-dire de l'instauration de règles, d'accords formels et informels qui se forment avec d'autres acteurs autour de la situation de maladie.

### **La négociation du soin**

La négociation constitue une forme que peuvent prendre les relations sociales, certains comme A. Strauss allant jusqu'à considérer qu'il n'existe pas de relations sociales qui ne soient d'une façon ou d'une autre des négociations (Strauss, 1991). Elle se rapporte à un mode d'ajustement entre acteurs en vue de produire un ordre social, celui-ci pouvant être temporaire, fragile et limité. Sous cet angle, le soin peut être regardé comme le produit d'un processus d'ajustement et de négociation entre différents acteurs qui concourent à la prise en charge de la maladie. C'est pourquoi il semble préférable de parler de négociation du soin plutôt que de soin négocié, ce qui permet de mettre l'accent sur les interactions et les ajustements entre acteurs qui concourent au soin.

Pour rendre compte de ce processus de négociation, deux axes peuvent être privilégiés. Un premier axe conduit à se demander comment des professionnels et des profanes, essentiellement des proches, interagissent pour élaborer une prise en charge des malades. Le soin négocié est alors regardé comme le produit de l'hybridation de pratiques professionnelles et de pratiques profanes ou domestiques, de l'articulation entre des aires d'exercice professionnels et privés et de la recomposition des pouvoirs sur le malade et des engagements professionnel et de proximité à son égard. La distinction entre professionnels et profanes, qui sous-tend cette approche, repose sur un modèle de division du travail : aux uns la prise en charge de l'individu comme objet de la maladie par des techniques et des savoir-faire appropriés ; aux autres la dimension relationnelle et la prise en compte du sujet malade, ou du sujet de la maladie. L'idée même de négociation est vue dans ce cadre comme un enjeu de définition de territoires d'expertise différenciés. Dans le territoire médical, les profanes doivent négocier pour se faire reconnaître une place et réinstaurer le sujet malade. Dans le monde profane, ou dépendance aidant, la prise en charge est de plus en plus importante, les professionnels doivent se construire un espace pour produire leur activité et ils ont essentiellement besoin des profanes pour le faire.

Cette perspective permet de rendre compte d'un ensemble de tensions qui traversent la production du soin. Elle présente toutefois l'inconvénient majeur de reposer sur le postulat d'un sujet passif qui n'intervient pas dans la production du soin. Au mieux, dans une vision médico-centrée, la participation du malade serait associée, sinon assimilée à celle des proches, ce qui laisse de côté les tensions qui peuvent exister entre la malade et ses proches dans la prise en charge et la maîtrise de sa maladie. C'est pourquoi un deuxième axe doit considérer les négociations qui s'opèrent entre le malade et les différents intervenants, profanes et professionnels, qui concourent à la prise en charge de la situation de maladie. Cela permet alors de considérer tous les acteurs de la prise en charge de la maladie dans leurs ajustements réciproques pour produire un ensemble de pratiques, plus ou moins ordonnées et cohérentes que l'on range sous le terme général de soin négocié.

La prise en compte de la situation de maladie évite les limites que présente une approche centrée sur l'expérience de la maladie, celle que soulignait Baszanger à propos de l'approche de Strauss : « *[Le] centrage sur l'expérience du sujet malade dans sa vie*

*quotidienne [ne permet pas] de traiter les interactions effectives parce que, jusqu'à un certain point, elle gomme un des pôles de ces interactions. Les acteurs non malades des interactions ont essentiellement, dans cette problématique, un rôle de miroir. Ils permettent pour une part, par l'image qu'ils renvoient aux malades, la mise au point de stratégies d'ajustement »* (1986: 23). En considérant la maladie sous l'angle de la situation sociale qui met en relation différents acteurs, dont la personne malade, la prise en compte des interactions entre les différents acteurs permet de caractériser le soin comme le produit d'une négociation. Le risque de cette approche est toutefois d'en rester aux ajustements ponctuels qui s'opèrent entre acteurs. C'est pourquoi il importe d'introduire les temps du soin qui combinent le temps de la maladie, celui des institutions et les différents temps biographiques des acteurs partie prenante de la situation pour pouvoir analyser l'ordre qui émerge de ces ajustements et la légitimité qu'il acquiert auprès des acteurs. On peut alors voir comment se mettent en place et s'institutionnalisent des modes différenciés de négociations dont la recherche sociologique sur la construction sociale de la maladie devrait pouvoir rendre compte.

\* \* \*

La négociation du soin porte sur les dynamiques de coordination qui s'opèrent entre les différents acteurs qui sont partie prenante de la situation de maladie. Cela concerne tout d'abord l'articulation et l'ajustement de pratiques différentes, et l'ordre plus ou moins éphémère qui en résulte dans la prise en charge de la situation. Les pratiques de soin qui sont mises en œuvre expriment le compromis auquel dans ils parviennent leurs échanges. Mais puisque les acteurs agissent en fonction d'expériences et de points de vue différents, la négociation est aussi un forum dans lequel ils échangent et confrontent leurs représentations du soin, les principes qui les fondent et les normes qui les caractérisent. Ce forum varie en fonction des pouvoirs et des capacités d'actions que les acteurs s'octroient mutuellement ; c'est pourquoi il doit être pris en compte comme contexte de la négociation du soin et de la production de compromis entre acteurs (Thuderoz, 2010). Ce forum est un lieu d'échanges dans lequel se construit un contexte de communication partagé auquel s'alimentent des attributions de confiance, mais il est aussi un lieu traversé par des enjeux de pouvoir. Ainsi, la capacité du malade à être un acteur de la situation dépend en partie des incapacités que génère son état pathologique, mais surtout des rapports de pouvoir dans lesquels il est pris. Les rapports de pouvoir qui traversent la situation de maladie se structurent différemment selon qu'elles ont pour cadre l'hôpital ou le domicile du malade, selon qu'elles autorisent de stratégies ou des tactiques en fonction de la maîtrise que les acteurs ont de l'espace dans lequel ils agissent (Certeau, 1980). Dans ce forum, se jouent également les revendications d'expertise des différents acteurs. L'observation montre que la prise en charge des malades requiert des compétences qui excèdent très largement le domaine d'exercice des professionnels du soin. Si l'on se rapporte à l'approche que Collins et Evans développent de l'expertise (2002, 2007), on peut remarquer que la distinction entre professionnels et profanes renvoie à des questions de légitimité dans la production de soins médicaux (le « *cure* »), mais qu'elle ne permet pas de rendre compte de l'extension des compétences requises dans l'articulation entre le « *cure* » et le « *care* », et la place que les compétences fondées dans l'expérience, comme malade ou comme proche, peuvent avoir. Le forum peut ainsi être un bon lieu d'observation de cette articulation entre la légitimité et l'extension des compétences des différents acteurs et de la façon dont elles se négocient dans la situation de maladie. Ce sont là des pistes de recherche qui permettent d'appréhender les dynamiques de négociation du soin au travers des actions multiples de prise en charge des situations de maladie.



## Références bibliographiques

- Albrecht G., Fitzpatrick R., Scrimshaw S. eds, 2000, *The handbook of social studies of health and medicine*, London, Thousand Oaks New Delhi, Sage.
- Baszanger I., 1986, Les maladies chroniques et leur ordre négocié, *Revue française de sociologie*, XXVII, 3-27.
- Carricaburu D., Ménolet M., 2004, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin.
- Castra M., 2003, *Bien mourir. Sociologie de soins palliatifs*, Paris, PUF, Coll. Le lien social.
- Certeau M. de, 1980, *L'invention du quotidien. 1/ Arts de faire*, Paris, UGE.
- Collins H., Evans R., 2002, The third wave of sciences studies : studies of expertise and experience, *Social studies of science*, 32, n°2, 235-296.
- Collins H. Evans R., 2007, *Rethinking expertise*, University of Chicago Press, Chicago and London.
- Cresson G., 1998, *Le travail domestique de santé*, Paris, L'harmattan, Coll. Logiques sociales sociologiques.
- Freidson E., 1984 (1970), *La profession médicale*, Paris, Payot.
- Gabe J., Bury M., Elston M. A. 2004, *Key concepts in medical sociology*, Thousand Oaks & New Delhi, Sage.
- Hughes E.C., 1952, The sociological study of work, *The American journal of sociology*, vol 57, 5, 423-426.
- Hughes E.C., 1996, *Le regard sociologique* (Textes rassemblés et présentés par J.M. Chapoulié), Paris, Editions de l'EHESS.
- Lecourt D. ed, 2004, *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUR.
- Memmi A., 1979, *La dépendance. Esquisse pour un portrait du dépendant*, Paris, Gallimard,
- Morin M., 2004, *Parcours de santé*, Paris Armand Colin, Coll. Sociétales.
- Mougel S., 2009, *Au chevet de l'enfant malade. Parents/professionnels, un modèle de partenariat ?*, Paris, Armand Colin, Coll. Sociétales.
- Parsons T., 1951, *The social system*, Glencoe (Il.), The Free Press.
- Purdy M., Banks D., 2001, *The sociology and politics of health. A reader*, London New York, Routledge.
- Strauss A. 1991, *La trame de la négociation* (Textes réunis et présentés par I. Baszanger), Paris, L'harmattan, Coll. Logiques sociales.
- Sass T., Hollander M., 1956, A contribution to the philosophy of medicine, *American Medical Association Archives of Internal Medicine*, vol. XCVII, 585-592.
- Thuderoz C., 2010, *Qu'est-ce que négocier ? Sociologie du compromis et de l'action réciproque*, Rennes, PUR, Coll. Des sociétés.