



HAL
open science

La coopération contrainte. Imposition, contournement et instrumentalisation de la norme de coordination face au cancer

Lucile Hervouet

► **To cite this version:**

Lucile Hervouet. La coopération contrainte. Imposition, contournement et instrumentalisation de la norme de coordination face au cancer. Colloque de la Maison des sciences de l'homme Ange-Guépin, Mar 2014, Nantes, France. halshs-03406704

HAL Id: halshs-03406704

<https://shs.hal.science/halshs-03406704>

Submitted on 28 Oct 2021

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 coopération contrainte. Imposition, contournement et instrumentalisation de la norme de coordination face au cancer

Lucile Hervouet

2014

Introduction

La prise en charge d'un patient atteint de cancer se divise en plusieurs phases - depuis le diagnostic, le traitement jusqu'aux soins palliatifs – mobilisant chacune une série d'acteurs qui ne se rencontrent pas systématiquement¹. En termes de santé publique, la coordination entre ces acteurs est entendue comme une réponse à une problématique d'allocation de ressources financières limitées tout en favorisant la qualité de la prise en charge des malades (Blanchard, 2004, Robelet, et al. 2005). L'enjeu de coordination s'inscrit dans un processus commun à l'ensemble du système de soins, caractérisé par l'accroissement des effectifs de professionnels de santé accompagné d'avancées scientifiques et techniques, entraînant une diversification des métiers. La spécialisation engendre des prises en charges de plus en plus « distribuées » entre des intervenants hétérogènes (Paradeise, 2005 ; Pinell, 2005). Le besoin de coordination apparaît avec acuité face aux maladies chroniques et aux prises en charges médicosociales qui induisent une exacerbation des phénomènes de concurrence et des négociations entre les acteurs (Aïach et al. 1994 ; Baszanger et al. 2002 ; Cresson et al. 2003). Le cas du cancer est représentatif : les progrès de la cancérologie (Pinell, 1992) et l'allongement de la durée de vie après un diagnostic de cancer impliquent des changements dans l'organisation des soins et le thème de la coordination entre l'hôpital et la ville, et entre le médical et le médico-social, est abordé de manière récurrente dans les rapports de santé publique (IRDES 2000 ; CES 2007 ; ONDPS 2008). Les mesures relevant d'une injonction à la coordination touchent désormais l'hôpital et la médecine de ville².

¹ Cette contribution s'appuie sur les résultats d'une thèse de sociologie (2009-2012) portant sur l'enjeu de la coordination entre la médecine de ville et l'hôpital face au cancer. En termes méthodologiques, trois techniques de recueil de données ont été mobilisées: le questionnaire quantitatif, l'observation et l'entretien individuel semi-directif (93 entretiens réalisés auprès de malades, de proches, de médecins, d'infirmières, d'aides-soignantes et des directeurs d'hôpitaux.

² Plusieurs mesures illustrent cette injonction à la coordination dans le champ de la lutte contre le cancer. Tout d'abord, la systématisation et la formalisation des modes de décision pluridisciplinaires et d'information du malade dans le cadre des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (Mesure 21 du Plan cancer 2003-2007 puis Circulaire N°DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie) et du Dispositif d'Annonce (Mesure 40 du Plan cancer 2003-2007). Organisée par les établissements de santé, la RCP est un moment d'échange formalisé entre des représentants de plusieurs disciplines qui vise à définir la stratégie thérapeutique la mieux adaptée à chaque malade. L'objectif du dispositif d'annonce est d'optimiser le déroulement de la prise en charge au moment de l'annonce de la maladie par l'information du patient et l'octroi d'un temps

Une approche sociologique de l'organisation de la prise en charge de malades peut cependant amener à s'interroger sur les limites de la coordination - « technique organisationnelle de mise en connexion » – en opposition à la coopération, reposant sur des « échanges sociaux » et une synthèse autour de la finalité de l'action commune (Reicher-Brouard, 2001 ; Baszanger et al., 2002 ; Alter, 2009).

Nous montrerons ici comment les professionnels de santé rendent compte de la multiplication des contraintes organisationnelles associées à l'injonction à la coordination - qui finit par produire un modèle de « coopération contrainte » (Gheorghiu, Moatty, 2006) - mais aussi la manière dont ces derniers parviennent à contourner et à instrumentaliser les dispositifs attachés à ce modèle.

1. Un système de relation construit dans l'incertitude sur la trajectoire des malades

Le système de relation des professionnels hospitaliers est construit dans un contexte d'incertitude médicale - portant notamment sur l'issue du traitement - et organisationnelle - liée entre autres à la spécialisation et à la multiplication des métiers, à l'accumulation des normes et des procédures, ainsi qu'à la montée en puissance des interlocuteurs externes tels que les malades et les autorités de tutelles nationales et locales. Le processus de formalisation du travail hospitalier – de plus en plus normalisé et rationalisé – entretient si ce n'est favorise l'incertitude des professionnels. L'organisation de plus en plus complexe du travail hospitalier donne lieu à des configurations d'action fragiles et changeantes, et requière un travail d'articulation constant pour assurer la maîtrise des trajectoires des patients (Schweyer, 2005). Ce cadre donne lieu à des relations de pouvoir incertaines et bien souvent conflictuelles en lien avec les conditions de travail ou sur la question des délais de placement des malades par exemple (Sainsaulieu, 2003, 2007).

a. La coopération entre professionnels hospitaliers, entre appartenance commune et concurrence latente

L'établissement hospitalier rassemble un ensemble de ressources techniques et humaines en vue de gérer la trajectoire des malades. Dans ce contexte, s'établissent des échanges quotidiens entre professionnels, où la relation humaine assure également une fonction de soutien affectif face à la charge mentale et émotionnelle du travail effectué.

L'interprétation en termes d'« ordre négocié » se centre sur l'appréhension de l'ordre local, temporaire et perpétuellement négocié, où la coopération se développe dans des conditions spécifiques de l'interaction et dans un jeu entre ordre et instabilité (Strauss, 1992). L'organisation se

dédié de discussion avec un professionnel de santé. Le contrôle des parcours de soin passe également par un encouragement au partage informatisé des données dans le cadre du projet de Dossier Communicant en Cancérologie (Mesure 31 du Plan Cancer 2003-2007). Parallèlement, des structures centrées sur la coordination intra-hospitalière et entre l'hôpital et la ville sont promues. Il s'agit des Centres de coordination en cancérologie (3C) et des réseaux de santé spécialisés en cancérologie (Mesures 29 et 33 du Plan Cancer 2003-2007 puis Mesures 19 et 25 du Cancer 2009-2013.)

maintient grâce à un « ciment symbolique » réduit à l'objectif de « rendre les malades au monde extérieur en meilleure forme » (Id. p.95). Au sein de l'établissement, les professionnels sont reliés par des formes d'appartenance endogène - à l'échelle du bloc ou de l'unité de soin - et exogène – tournée vers le patient (Sainsaulieu, 2007). L'engagement dans une même filière de soin, ici la cancérologie comme discipline hautement spécialisée, est une autre forme d'appartenance locale. Ces critères objectifs d'appartenance commune rapprochent symboliquement les professionnels.

Néanmoins, ces derniers témoignent de la prégnance de frontières liées à la distance hiérarchique et aux intérêts professionnels distincts d'une spécialité à l'autre. Comme l'explique le médecin ci-dessous, la coopération entre deux spécialités médicales est soumise à la reconnaissance mutuelle de l'intérêt d'un regard pluridisciplinaire :

« La collaboration gériatre-cancérologue, c'est pas facile. Si les gériatres savent qu'ils ont intérêt à travailler avec les oncologues, l'inverse n'est pas vrai. Ils n'ont pas compris que la personne âgée est spécifique, en particulier les fragilités liées à l'âge, ils ne savent pas évaluer. Seuls 49% des démences sont reconnues par les oncologues alors que ça a des aptitudes majeures sur la capacité à prendre un traitement. Il faut qu'ils comprennent qu'on a quelque chose à leur apporter. » (Entretien avec un gériatre, CHU³)

Au sein d'un même établissement, les professionnels décrivent une coopération dans la concurrence. La concurrence s'établit à l'échelle des services et des spécialités - en vue d'accroître leur autonomie et de développer leur champ d'activité – et entre professionnels lorsqu'ils font face à un « chevauchement de compétences » (Sainsaulieu, 2003) comme dans le cas du travail d'évaluation de l'état psychologique du malade réalisé par certains médecins mais aussi de manière plus informelle par les infirmiers.

Les relations entre établissements illustrent aussi ce contexte de coopération dans la concurrence. Un directeur d'établissement décrit ci-dessous le « manque à gagner » lié au recours à un service d'Hospitalisation à domicile d'un autre établissement :

« Aujourd'hui ici [l'hôpital] n'a pas imaginé demander une autorisation d'HAD, ça me pose problème car ça aurait permis de faire mon business. On me dit "Santé service⁴, ça marche bien" mais c'est pas mon cash. » (Entretien avec le directeur adjoint d'un CLCC⁵)

Les relations inter-établissements oscillent entre des rapports de complémentarité et de concurrence, qui nourrissent le modèle de la coopération contrainte. La prise en charge de malades atteints de cancer nécessitant de plus en plus de traitements spécifiques qui ne sont pas systématiquement

³ Un Centre hospitalo-universitaire est un établissement hospitalier lié, par convention, à une université.

⁴ Santé Service est un établissement de santé spécialisé en hospitalisation à domicile (HAD) rattaché à l'Institut Gustave Roussy, Centre de Lutte Contre le Cancer. Santé Service a été créé en 1958 à l'initiative de la Ligue contre le cancer et du Directeur de l'Institut Gustave Roussy.

⁵ Un Centre de Lutte Contre le Cancer est un établissement spécialisé dans le traitement du cancer, il en existe 20 en France.

proposés par un même établissement, les établissements échangent des malades dans le cadre de partenariats plus ou moins formalisés :

« On a des conventions avec d'autres établissements, automatiquement, on ne peut plus fonctionner tout seul ou alors il faut avoir toutes les spécialités, les urgences, la réanimation, on ne peut plus survivre tout seul, en tout cas c'est un risque pour le patient. Aujourd'hui on le formalise plus. On nous demande de le formaliser mais dans les faits ça a toujours fonctionné comme ça. »
(Entretien avec la directrice d'une clinique)

L'organisation de la prise en charge des patients s'organise ainsi autour de filières informelles, polarisées par les médecins. Face au manque de prise des autorités de tutelles sur ces circuits d'adressage, les médecins et les établissements sont désormais encouragés à formaliser cette organisation en participant à des réseaux institués et informatisés⁶.

« Vu des tutelles les filières c'est très mal vu, les gens croient que c'est du copinage, que c'est mal organisé. Ils voient simplement les patients qui passent d'une filière à l'autre. Ils se sont dit on va construire des réseaux comme ça ils sauront ce qu'il se passe en plus on va informatiser comme ça dès qu'il y aura un mouton on le comptera et on l'identifiera. » (Entretien avec un pneumologue, H, CLCC)

Cependant, les échanges reposent d'abord sur les liens individuels tissés entre pairs.

« En fonction de ses correspondants c'est le praticien qui fait le lien. Nous on intervient s'il y a des difficultés à transférer un patient mais ce qui marche le mieux c'est entre praticiens. » (Entretien avec la directrice d'une clinique)

L'enjeu d'accroissement du niveau d'activité exacerbe la concurrence entre établissement et limite leur propension à formaliser les partenariats et la répartition de l'offre de soin sur un territoire :

« Il y a un peu moins de dix ans on a essayé de se positionner en non-concurrentiel, dire que [l'hôpital] renonçait à certaines pathologies et que [le CLCC] ne chercherait pas à développer la cancérologie digestive, mais ça n'a jamais été très concret dans la durée. Jusqu'à présent il n'y a pas eu de véritable cartographie de qui apportait quoi. » (Entretien avec la directrice d'un CHU)

⁶ En santé, le réseau peut désigner : (i) pour le patient, l'ensemble des professionnels de santé qui s'occupent de lui à un moment donné et au cours de sa vie et, (ii) pour le professionnel, ses correspondants professionnels et par extension le réseau des patients qu'ils prennent en charge en commun (Mancret et al. 2002). Différents niveaux de mise en réseau peuvent être distingués selon le degré de formalisation de la coordination de leurs interventions. Le carnet d'adresses entre pairs correspond à une « sociabilité sans réelle coopération » mobilisé lors de la recommandation d'un confrère ou pour trouver un lit d'hôpital à un patient. (Bercot, de Coninck, 2006). Le « réseau de santé » ou « réseau de soins » est quant à lui organisé autour d'une cellule de coordination souvent composée de membres salariés.

Cette logique de distinction est également perceptible dans le discours des médecins. Si nombre d'entre eux ont un exercice mixte (salarié et libéral), certains rendent compte de différences organisationnelles et d'un rapport différent au malade entre les secteurs qui entraverait la propension à coopérer.

« Pour les malades, en libéral le chirurgien c'est l'interlocuteur, ils n'en connaissent pas d'autres, vous êtes en première ligne, la personne est venue voir le docteur machin et c'est le docteur machin qui est responsable. Alors que quand j'étais au [CLCC], souvent j'opérais des patients et c'est pas moi qui les avais eu en consultation avant, ils ont affaire à une équipe et quelquefois ils ne se souviennent pas du nom du médecin qui les a traité. En libéral il faut être plus disponible car [pour] le malade c'est vous et personne d'autre. » (Entretien avec un chirurgien, Clinique)

Tout se passe finalement comme si le malade était un objet d'échange intra et inter-hospitaliers dans le cadre d'une prise en charge hautement spécialisée et pluridisciplinaire. L'engagement des professionnels hospitaliers dans un rapport coopératif est alors entravé par des logiques professionnelles et institutionnelles les faisant osciller entre rapports de complémentarité et de concurrence. Cette configuration donne lieu à des accords locaux et précaires, où le lien personnel et informel est valorisé. Ces caractéristiques ne doivent cependant pas amener à entendre la coopération comme un phénomène uniquement contingent mais au contraire à identifier des facteurs organisationnels structurants tels que le « positionnement sur la chaîne thérapeutique » (Bergeron, Castel, 2010), dont on peut en partie rendre compte en partant de la frontière spatiale et symbolique ville/hôpital dans le cas du cancer⁷.

b. Entre l'hôpital et la ville : la délégation hiérarchique comme forme de coopération

Cette oscillation entre complémentarité et concurrence est perceptible dans les relations entre les professionnels hospitaliers et leurs confrères exerçant en ville. Entre l'hôpital et la ville, la principale forme de coopération est celle de la délégation hiérarchique, dans un contexte où les médecins hospitaliers détiennent l'essentiel du savoir spécialisé et du pouvoir de décision thérapeutique (Castel, 2002).

Les médecins généralistes sont largement perçus comme exerçant un rôle périphérique d'appui à l'intervention thérapeutique :

« Le médecin traitant, à part le fait qu'il va vous envoyer le patient, lui il a pas l'arme thérapeutique de guérison que peut être la chirurgie, la période

⁷ Dans le cas du cancer, la frontière entre la ville et l'hôpital permet en partie de rendre compte des enjeux liés au positionnement sur la chaîne thérapeutique (Bergeron, Castel, 2010) dans la mesure où la trajectoire des patients est découpée en étapes où l'hôpital a tendance à se substituer à la médecine de ville et réciproquement. Le traitement du cancer est caractérisé par son fractionnement et la succession de courts termes (Ménoret, 1999). La phase curative est investie par l'hôpital qui s'arroge l'exclusivité de l'intervention thérapeutique tandis que les interventions relatives au diagnostic, aux soins de support et/ou palliatifs et au suivi post-curatif sont davantage investis par la ville (médecins généralistes, spécialistes d'organe libéraux, laboratoires et centres d'examen).

curatrice du traitement. Il intervient à la marge, pour des problèmes de confort. » (Entretien avec un chirurgien, Clinique)

Néanmoins, dans un contexte de restriction des ressources hospitalières et d'encouragement au développement de la prise en charge ambulatoire, les malades passent moins de temps au sein de l'institution hospitalière. Si les médecins hospitaliers restent décideurs, les professionnels de ville tels que les médecins généralistes et les infirmiers libéraux deviennent des opérateurs de la prise en charge.

« L'information du médecin traitant est fondamentale pour une raison pratique car la plupart du traitement se fait en ambulatoire, le patient est chez lui, à distance du lieu de traitement et lorsqu'il y a quelque chose qui ne va pas chez soi c'est le médecin traitant qui s'en occupe. » (Entretien avec un chirurgien, Clinique)

L'enjeu de contrôle de la trajectoire du malade par le référent hospitalier fait état d'un rapport de dépendance vis-à-vis de la ville et implique un échange d'information, y compris sur la trajectoire antérieure du malade.

« [On attend du médecin généraliste] déjà de bien connaître son patient, de bien le suivre, nous donner les infos quand il nous le confie. Sur ce qui s'est passé, sur ses antécédents, son histoire. Parfois c'est très bien on sent qu'il peut y avoir échange, partenariat et d'autre fois c'est « merci d'hospitaliser machin » et c'est compliqué de retracer l'histoire. » (Entretien avec un gériatre, CHU)

A l'échelle institutionnelle, le lien avec la médecine de ville renvoie également à un enjeu de gestion des flux de patients ; la ville étant perçue comme une réserve de patients potentiels et les médecins généralistes comme des « adresseurs »⁸ auxquels il s'agit de témoigner reconnaissance et attention :

« Le lien avec la médecine de ville est un sujet clé pour tout établissement pour des raisons économiques, de qualité des soins. (...) On s'intéresse [aux médecins de ville] puisqu'on travaille sur des enquêtes auprès d'eux. Pour connaître leurs besoins et attentes, leur satisfaction du service rendu. C'est une démarche marketing, pour savoir comment ils nous perçoivent, pourquoi ou non ils nous envoient des patients, qu'est-ce qu'ils attendent comme retour. » (Entretien avec une représentante de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer)

La gestion du lien avec la médecine de ville relève d'une problématique de gestion de l'environnement externe à l'institution. Or, cet environnement apparaît difficilement appréhendable dans la mesure où il est constitué de professionnels atomisés et hétérogènes, et que les relations entre les deux univers se sont en partie construites sur le mode de la distinction. Les secrétaires des services hospitaliers exercent une fonction centrale dans la gestion de ce lien : elles réalisent notamment un travail de filtrage des appels des médecins généralistes et de rédaction des courriers tels que les comptes

⁸ L'enjeu de l'adressage est à la fois quantitatif (nombre de patients) et qualitatif (selon des critères qui reposent notamment sur la complexité des cas, particulièrement pertinent pour les CHU et les CLCC).

rendus d'hospitalisation. La communication avec la ville est routinière, mais les médecins hospitaliers peuvent devancer les circuits institutionnels et entrer en interaction directe avec le médecin généraliste dans des situations particulières telles que celle décrite ci-dessous :

« J'essaye d'anticiper, quand je sens que le courrier va mettre du temps et que le malade change de circuit je passe un petit coup de fil et le médecin traitant il est content, il sait que son patient il n'est pas perdu dans la nature. »
(Entretien avec un pneumologue, Centre Hospitalier)

Le patient lui-même est aussi mobilisé dans la gestion du lien avec la ville. Dans l'extrait ci-dessous, un médecin décrit une stratégie visant à constituer le médecin généraliste comme « partenaire » aux yeux du patient pour contenir les recours à l'hôpital en cas de problème. La division du travail de prise en charge telle qu'elle est traduite au malade dépeint alors un rapport d'égalité davantage que de subordination.

« [Ce qu'on attend] c'est qu'il joue son rôle de médecin généraliste et il faut qu'il soit pas disqualifié vis-à-vis du patient. Si on le considère comme étant un partenaire alors le patient le considère comme quelqu'un qu'il peut contacter. » (Entretien avec un oncologue, CLCC)

La coopération avec la ville prend la forme d'une délégation hiérarchique où le référent hospitalier favorise les liens non conflictuels en vue de recevoir les informations suffisantes et de s'assurer de la réalisation du travail nécessaire au contrôle de la trajectoire du malade. Le médecin hospitalier ne maîtrise pas seul l'ensemble de la chaîne de la prise en charge, et c'est cela qui le contraint à coopérer. En amont et en aval, son intervention s'articule à celle d'autres établissements et d'autres professionnels. En termes pratiques, cette articulation passe tant par la mobilisation directe de ces intervenants que par un recours au patient lui-même et/ou à des outils matériels tels que le dossier du patient.

« Lorsqu'on intervient qu'en cours on n'a pas toute l'antériorité... Ça implique d'essayer de comprendre pourquoi les gens viennent me voir et j'essaye de rattraper l'antériorité, avec du factuel, ce qu'il y a eu comme traitement mais aussi le vécu du traitement, au niveau physique et psychologique. Rétablir tout ça. On essaye de discuter avec le patient, et d'avoir le transfert du dossier initial pour regrouper et recouper. » (Entretien avec un oncologue, CLCC)

2. La coordination comme instrument d'une logique gestionnaire

Les tensions qui structurent les relations entre les acteurs de la prise en charge sont renforcées par le développement de nouveaux modes de gestion des établissements, dont celui de la coordination des activités. Les médecins hospitaliers sont confrontés à la logique gestionnaire, ils ont dû intégrer la dimension économique à leur pratique. Or, l'irruption des politiques de rationalisation et d'acteurs administratifs est vécue par les médecins sur le mode de l'ingérence gestionnaire (Sainsaulieu, 2003),

dans le cadre d'une opposition entre la fonction de soin et la fonction de gestion des ressources (Dumond, 2003). Le contrôle institutionnel a un impact sur l'enjeu de maîtrise de la trajectoire des malades : à côté du médecin, de nouveaux acteurs détiennent un pouvoir décisionnel. Dans les Centres de Lutte Contre le Cancer, les médecins ne sont plus les principaux responsables de l'organisation depuis que des cadres de directions spécialisés ont été recrutés pour améliorer l'organisation des établissements (Castel, 2002). En tant qu'instrument d'optimisation de l'organisation de la prise en charge des patients atteints de cancer, la norme de coordination participe de ce processus qui « bouscule » les professionnels, « encadrés par l'organisation, diminués dans leur autonomie » (Sainsaulieu, 2007, p.88).

La prise en charge des patients atteints de cancer est qualifiée par les professionnels médicaux comme particulièrement « lourde » et « complexe ». La complexité est liée à l'agrégation de multiples niveaux d'intervention à prendre en compte (thérapeutique, psychologique, social, administratif) et émanant du traitement du cancer lui-même. Les normes et dispositifs de coordination tels que la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire ont un impact ambivalent : d'une part ils soulagent les médecins de la charge mentale associée au choix individuel du traitement en l'inscrivant dans une décision collective et consistante ; mais d'autre part, ils rendent leur comportement prévisible par les décideurs et par leurs confrères, réduisant leur marge de manœuvre au sein de l'organisation. (Crozier, Friedberg, 1981). Autre dispositif de coordination formalisé, les « réseaux de santé » pâtissent encore d'un déficit de sens vis-à-vis de nombreux professionnels de santé et introduisent des dissonances auprès des libéraux de par les pratiques de paiement de forfaits et les tâches administratives générées (Schweyer, 2005), problématique renforcée par la volonté administrative de généralisation des réseaux « par le haut » (Gourmelon, in Schweyer et al. 2004).

3. Le contournement et l'instrumentalisation des dispositifs de coordination

Dans le champ de la cancérologie, le modèle de la coopération contrainte laisse place aux ajustements et au contournement de certaines règles. Malgré leur caractère coercitif, les mesures de coordination formalisée sont négociées à l'échelle des établissements et dans la pratique individuelle des médecins. F.-X. Schweyer (2004) rappelle que la codification du travail reste largement aux mains de la profession médicale, même si les normes sont désormais construites de façon négociée avec les pouvoirs publics. De plus, ces mesures ne sont pas uniquement vécues comme des contraintes externes : dans un contexte d'incertitude et de contrôle latéral des pairs (Castel, 2008), les règles contraignent en même temps qu'elles protègent. La coordination comme norme participe ainsi du processus de restriction de l'autonomie de la profession médicale en même temps qu'elle constitue une opportunité.

Dans les Centres de Lutte Contre le Cancer, la mise en œuvre d'une coordination à plusieurs échelles fait sens pour les directions des établissements et les médecins dans une logique de légitimation et de performance de ce type d'établissement.

D'autre part, face à un environnement tutélaire homogénéisant (Sainsaulieu, 2003), les professionnels conservent néanmoins la possibilité de jouer, à la marge, avec la règle. Ce médecin décrit une stratégie de rattrapage des procédures lorsqu'il détourne la règle du passage préalable en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) :

« Cette patiente à qui je savais ce qu'il fallait faire, j'ai fait passer son dossier en RCP après [le traitement] pour la bonne raison qu'elle avait déjà un antécédent pathologique cancérologique et que j'avais besoin d'une confirmation écrite pour être parfaitement en règle (...) on va dire que je suis nickel chrome et que le dossier est carré. » (Entretien avec un chirurgien, Clinique)

Le dernier exemple est celui des réseaux de santé. Les établissements de santé impliqués dans le traitement du cancer sont désormais obligés d'adhérer à un réseau de santé, c'est l'un des critères d'autorisation des établissements en cancérologie. Or, ce type de dispositif organisationnel peut être perçu comme une concurrence aux réseaux informels préexistants. L'atteinte à l'autonomie des professionnels se traduit par la crainte de perdre le choix de ses correspondants. Cependant, cette contrainte est parfois reformulée en termes d'intérêt stratégique par les directeurs d'hôpitaux et les médecins. En effet, la participation à un réseau peut-être l'occasion de faire bénéficier à ses patients de soins dits de support (suivi psychologique ou diététique par exemple). La mission première de coordination du réseau est détournée dans la mesure où le réseau est instrumentalisé pour améliorer l'offre de soin de l'établissement.

Finalement, les dispositifs de coordination ne sont pas des facteurs d'intensification de la coopération en tant que tels mais ils peuvent bien favoriser le développement de pratiques coopératives : en étant instrumentalisés dans le cadre de stratégies professionnelles et institutionnelles, ainsi que par les ajustements et les négociations suscitées.

Conclusion

Les professionnels impliqués dans la prise en charge des patients atteints de cancer sont contraints de coopérer avec un ensemble d'acteurs hétérogènes pour répondre à une incertitude qui porte sur la trajectoire et les flux de patients. La logique gestionnaire renforce le caractère contraignant de la coopération à travers les mesures de coordination, qui, malgré leur caractère coercitif, sont négociées à l'échelle des établissements et de la pratique individuelle des médecins. Ces derniers témoignent d'une capacité de résistance, sous la forme du contournement des dispositifs institués administrativement. La coordination n'est pas uniquement comprise comme une menace externe pour l'autonomie des médecins, ces derniers bénéficiant de ressources permettant de négocier et de réinterpréter ces dispositifs. Associée à des contraintes organisationnelles, la coordination est également perçue comme une opportunité stratégique par certains acteurs. Dans l'extrait ci-dessous,

un médecin généraliste décrit les liens entre la mise à l'agenda politique de la coordination et l'avenir de la profession :

« *La cancérologie c'est modélisant, ce qu'on arrivera à appliquer pour le cancer sera applicable pour l'ensemble du système de santé.* »
(Intervention d'un médecin généraliste, Journées de l'INCa, 2010)

La coordination est porteuse d'un modèle de division du travail. La place accordée aux médecins généralistes face au cancer revêt des enjeux professionnels, l'hypothèse étant celle d'un lien entre la définition d'un objectif de santé publique – celui de la coordination du parcours de soins des malades atteints de cancer - et la reconnaissance de la profession.

Bibliographie

- AÏACH Pierre, FASSIN Didier (1994), *Les Métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos.
- ALTER Norbert (2009), *Donner et prendre : La coopération en entreprise*, Paris, La Découverte.
- BASZANGER Isabelle, BUNGENER Martine, PAILLET Anne (dir.) (2002), *Quelle médecine vous-nous ?*, Paris, La Dispute.
- BERCOT Régine, de CONINCK Frédéric (2006), *Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ?*, Paris, L'Harmattan.
- BERGERON Henri, CASTEL Patrick (2010), « Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins », *Sociologie du travail*, 52, p.441–460.
- BLANCHARD Nathalie (2004), « Du réseau à la coordination gérontologique un nouveau paradigme pour le secteur médicosocial », *Retraite et société*, 43, p. 165-186.
- CASTEL Patrick (2002), *Normaliser les pratiques, organiser les médecins. La qualité comme stratégie de changement. Le cas des Centres de Lutte Contre le Cancer*, Thèse de Doctorat en Sociologie, Institut d'Etudes Politiques de Paris.
- CASTEL Patrick (2005), « Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique », *Revue Française de Sociologie*, 46-3, p.443-467.
- CASTEL Patrick (2008), « La gestion de l'incertitude médicale: approche collective et contrôle latéral en cancérologie », *Sciences sociales et santé*, 26-1, mars, p.9-32.
- CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL (2007), *L'Impact de l'allongement de la durée de vie sur le système d'aides et de soins*, La Documentation française, novembre.
- CRESSON Geneviève, DRULHE Marcel, SCHWEYER François-Xavier (dir.) (2003), *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Rennes, ENSP.
- CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard, (1981) [1977], *L'Acteur et le système, Les contraintes de l'action collective*, Paris, Le Seuil.
- DUMOND Jean-Paul (2003), « Les conflits de pouvoir à l'hôpital », *Les Tribunes de la santé*, n°1, janvier, p. 71-81.
- IRDES, (2000), *Quel système de santé à l'horizon 2020 ? : Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires*, La Documentation française, Octobre.
- MANCRET Renée-Claire (coord.), VADROT Dominique, VINCENT Denis (2002), *La Constitution des réseaux de soins ville-hôpital*, Paris, Lamarre.
- MENORET Marie (1999), *Les Temps du cancer*, Paris, Le Bord de l'eau.

- ONDPS (2008), « Les métiers de la Cancérologie, rapport 2006-2007 », La Documentation Française.
- PARADEISE Catherine (2005), « Conclusion scientifique du colloque “Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé” », *La Lettre de la Mire*, n°7, Octobre, p.17-19.
- PINELL Patrice (1992), *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1980-1940)*, Paris, Métailié.
- PINELL Patrice (2005), « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 156-157, janvier, p. 4-36.
- REICHER-BROUARD Valérie (2001), « Repenser la coopération. Les modèles sociologiques en question ? », *Travailler*, n°5, janvier, p.119-136.
- ROBELET Magali, SERRE Marina, BOURGUEIL Yann (2005), « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », *Revue Française des Affaires sociales*, n°1, janvier, p. 231-260.
- SAINSAULIEU Ivan (2003), *Le Malaise des soignants. Le Travail sous pression à l'hôpital*, Paris, L'Harmattan.
- SAINSAULIEU Ivan (2007), *L'hôpital et ses acteurs : appartenances et égalité*, Paris, Belin.
- SCHWEYER François-Xavier (1998), « La régulation régionale du système hospitalier : pilotage par l'état ou territorialisation ? », *Politiques et Management Public*, 16-3, p.43-67.
- SCHWEYER François-Xavier (2004), « Les territoires de santé et la médecine libérale. Les enjeux d'une convergence », *Lien Social et Politiques*, 52, p. 35-46.
- SCHWEYER François-Xavier (2005), « Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils », *Sociologies Pratiques*, n°11, février, p.89-104.
- SCHWEYER François-Xavier (2005), « L'hôpital sous tension », *Sciences Humaines, Hors-série n°48*, "La Santé, un enjeu de société", mars-avril-mai.
- SCHWEYER François-Xavier, LEVASSEUR Gwenola (2005), *Les non-adhérents aux réseaux de santé*, Rapport d'étude Cap Réseau, Rennes, novembre.
- SCHWEYER François-Xavier, PENNEC Simone, CRESSON Geneviève, BOUCHAYER Françoise (dir.) (2004), *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, ENSP.
- STRAUSS Anselm L. (1992), *Miroirs et masques. Une introduction à l'interactionnisme*, Paris, Métailié.