An Introduction about the Clinical Practice, Multidisciplinary and Treating Nets: Reorganization of the Cancer Therapeutics in France

Patrick Castel

▶ **To cite this version:**

Patrick Castel. An Introduction about the Clinical Practice, Multidisciplinary and Treating Nets: Reorganization of the Cancer Therapeutics in France. Chinese Public Administration Review, 2006, 4, pp.67-74. hal-01021147

HAL Id: hal-01021147
https://sciencespo.hal.science/hal-01021147

Submitted on 9 Jul 2014

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.

"An Introduction about the Clinical Practice, Multidisciplinary and Treating Nets: Reorganization of the Cancer Therapeutics in France"

Patrick Castel

(Paru dans *China Public Administration Review*, avril 2006, vol. 4, p.67-74 – Version pré-print)

Abstract : This paper focuses on the major evolutions of cancer care in France since the beginning of the 1990s. These evolutions have consisted in the development of evidence-based guidelines and in the creation of multidisciplinary, inter-organizational staffs intended to improve therapeutic choices. These organizational tools are at the core of oncology networks between hospitals that have been created for a few years.
These transformations can be interpreted as a response of the medical profession to the evolutions of the French healthcare system, characterized by the increasing role and rights of patients and by the rise of public management concerns. Nonetheless, it will be argued that, in order to fully understand these changes, one has to consider the complex and ambiguous competition that takes place between physicians and between medical institutions. One may then be able on the one hand to understand why some physicians found some interest in these new organizational tools and on the other hand to identify some of their consequences on the organization of oncology.

A la suite des analyses fondatrices des sociologues américains Talcott Parsons (1951 : chapitre 10), puis Eliot Freidson (1970), les évolutions des systèmes de santé occidentaux sont le plus souvent analysées à l'aune des relations entre le corps médical et les autres acteurs. Par « autres acteurs », on entend principalement les autorités de tutelle, les gestionnaires des établissements et les patients.

D'abord, on a tendance à considérer que les principales sources d'évolution des systèmes de santé sont extérieures aux médecins, ces derniers représentant peu ou prou une force d'inertie. Ensuite, ce qui est avant tout analysé et discuté concerne l'évolution de la place des médecins dans le système de santé. Un des thèmes récurrents de la sociologie de la santé française et anglo-saxonne est de savoir si la figure du médecin, exerçant seul et bénéficiant d'une large autonomie dans les tâches qu'il effectue, est remise en cause par l'évolution des systèmes de santé. Par exemple, l'épidémie du sida a pu donner lieu à des analyses sur l'évolution de la place des patients dans l'activité médicale (Epstein 1996). De même, l'orientation des politiques de santé vers un plus grand contrôle des coûts a entraîné des analyses et des débats sur l'affaiblissement de la profession médicale comme groupe capable de fixer lui-même les

buts de son travail et les critères d'après lesquels on peut l'évaluer (Scott et al. 2000 ; Freidson 1985).

L'exemple de la cancérologie en France montre qu'il est intéressant, important et même crucial de s'intéresser aux intérêts des médecins et aux relations entre médecins pour mieux comprendre les évolutions des systèmes de santé.

Premièrement, cela permet d'expliquer ces évolutions. J'essaierai de montrer que, certes, l'évolution du contexte sanitaire explique en partie ces évolutions. Mais j'essaierai aussi de montrer que la concurrence entre médecins les explique aussi.

Deuxièmement, l'évolution des relations entre médecins est susceptible d'avoir un impact d'une part sur l'organisation de la prise en charge et d'autre part sur les relations avec les acteurs extérieurs et notamment avec les patients.

Ce texte se fonde sur les résultats d'une recherche conduite depuis 5 ans. Plus de 200 entretiens semi-directifs ont été menés auprès des principaux acteurs de la cancérologie, au plan national et au sein de 5 régions françaises. Il a été aussi procédé à des observations non participantes. Deux types de réunions ont ainsi pu être observées, celles où des guides de pratique pour les médecins sont élaborés en fonction de situations cliniques théoriques et celles où des médecins de différentes disciplines se mettent d'accord sur des traitements à prescrire à des patients bien réels.

Dans une première partie, je présenterai les principaux participants à la lutte contre le cancer en France ainsi que les principaux dispositifs qui se sont développés ces dernières années pour améliorer la prise en charge des patients. Dans une seconde, j'expliquerai les principales raisons qui font que la plupart des médecins adhèrent à ces nouveaux dispositifs. Enfin, j'exposerai dans une dernière partie l'impact de ces évolutions sur l'organisation de la cancérologie.

I. Présentation factuelle de l'organisation de la cancérologie en France

a) Une grande variété de médecins et d'hôpitaux participant à la lutte contre le cancer

Patrice Pinell (2002) a étudié l'histoire de la création des centres de lutte contre le cancer dans les années 1920 qui ont été les premiers hôpitaux à prendre en charge des patients atteints de cancer. Dès leur création, ils ont eu pour double mission de traiter les patients et de participer à la recherche contre le cancer. Une telle orientation était très novatrice pour l'époque, puisqu'il faudra attendre 1958 et la création des hôpitaux universitaires pour qu'une mission simultanée de recherche et de traitement soit confiée à d'autres hôpitaux. L'autre trait distinctif de ces centres concerne leur organisation pluridisciplinaire. Les fondateurs de ces centres, qui étaient des médecins, souhaitaient que les chirurgiens fassent participer les radiothérapeutes aux choix de traitements, alors que leur spécialité n'était pas encore reconnue au sein du corps médical. Plus tard, après la seconde guerre mondiale, avec l'arrivée des premiers traitements médicaux, ce sont les chimiothérapeutes qui ont été amenés à participer aux décisions de traitement au côté des chirurgiens et des radiothérapeutes.

A côté de ces hôpitaux spécialisés, d'autres hôpitaux ont commencé à participer à la lutte contre le cancer, surtout à partir des années 1970. On compte parmi eux les cliniques privées à but lucratif, les hôpitaux publics locaux et les hôpitaux universitaires[1]. En leur sein on trouve parfois des cancérologues comme dans les centres de lutte contre le cancer, mais ce sont les spécialistes d'organes qui sont de loin les plus nombreux – les gynécologues, les gastroentérologues, les pneumologues, etc. Ces nouveaux médecins, et en particulier ceux des hôpitaux universitaires, ont représenté une forte menace pour les centres de lutte contre le cancer. Non seulement ils représentaient une concurrence en termes d'activité, mais encore ils

[1] Le statut des médecins est différent selon les types d'hôpitaux. Dans les hôpitaux publics, les médecins sont des fonctionnaires, qui reçoivent un salaire fixe et ont une progression automatique liée à l'ancienneté. Les médecins des Centres de Lutte Contre le Cancer sont des salariés de droit privé. Malgré cette différence de statut, ils reçoivent eux aussi un salaire fixe et connaissent une progression largement dépendante de leur ancienneté. Enfin, les médecins des cliniques privées sont des libéraux. Ils n'ont donc pas de lien formel de subordination avec les cliniques et sont rémunérés à l'acte de soin.

défendaient un nouveau paradigme de traitement. En effet, le paradigme des centres de lutte contre le cancer, centré sur la pathologie, avec des spécialistes de la pathologie, fut contesté par l'approche par organe qui était défendue par les médecins des hôpitaux universitaires.

b) Principaux dispositifs pour améliorer la prise en charge.

Depuis quelques années, deux principes sont censés organiser la prise de décision thérapeutique en cancérologie : i) les cas des patients doivent être examinés collectivement par les représentants des différentes spécialités susceptibles d'intervenir dans leur prise en charge et ii) la décision doit être fondée sur des schémas de prise en charge élaborés *a priori* et scientifiquement valides (lorsqu'il existe des données scientifiques suffisantes, ce qui est loin d'être toujours le cas). On appelle ces derniers schémas « protocoles de traitement » ou « référentiels ». La mise en pratique de ces principes est censée atténuer l'hétérogénéité des pratiques mises en évidence par des études médicales et qui peuvent aboutir à des pertes de chance pour les patients.

Même si les pouvoirs publics ont repris à leur compte ces principes, depuis 1998, et en font l'un des leviers principaux de l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de cancer, ces principes ont une origine plus ancienne et ce sont des médecins (et en particulier des cancérologues des centres de lutte contre le cancer) qui ont tenté de les promouvoir au départ.

De plus, les médecins semblent majoritairement favorables à cette orientation plus collective et a priori plus encadrée de la médecine. Ils participent à l'élaboration des protocoles de traitement aux plans national et régional et créent des comités de décision pluridisciplinaire auxquels participent différents médecins d'un seul ou de plusieurs hôpitaux. Des réseaux d'hôpitaux, qui ont pour objectif de développer ces outils en faveur d'une médecine plus collective, se mettent en place avec la forte implication de médecins.

Comment expliquer ce constat surprenant ? En effet, en tant que professionnels, on aurait pu s'attendre à ce que les médecins soient réticents à de tels dispositifs qui représentent une menace pour leur autonomie individuelle (Hafferty et Light 1995 ; Ritzer et Walczak 1988).

II. Les causes de l'adhésion des médecins aux dispositifs collectifs

Je vais à présent expliquer les causes de l'adhésion et de l'investissement des médecins dans ces dispositifs collectifs. Trois types d'explication seront exposés. Le premier a trait à l'évolution du contexte sanitaire. Le second est lié à la concurrence entre médecins et entre hôpitaux. Le troisième concerne le mode de mise en œuvre.

a) Une évolution propice du contexte sanitaire

D'abord, depuis quelques décennies, comme dans les autres pays occidentaux (Scott et al. 2000 ; Hafferty et McKinlay 1993), les autorités sanitaires françaises ont lancé des réformes pour tenter de rationaliser l'offre de soins. Ce mouvement s'est accru depuis une dizaine d'années, avec une préoccupation encore plus grande pour le contrôle des coûts et des tentatives pour garantir une plus grande qualité des soins. Des mesures telles que l'accréditation des établissements de santé par une agence nationale ont ainsi été introduites.

Or, face à cette évolution, les médecins investissent les réseaux de soins, participent à l'élaboration de protocoles de traitement et aux réunions pluridisciplinaires afin de pouvoir justifier la qualité et le coût de leurs pratiques.

Par exemple, c'est une des raisons pour lesquelles les Centres de lutte contre le cancer ont été précurseurs en lançant un projet national d'élaboration de protocoles de traitement. Les directeurs de ces centres, qui sont des médecins, attendaient de ces protocoles qu'ils justifient l'utilité et le coût de ces structures à un moment où les tutelles posaient la question de leur maintien dans le système de santé. Et, de fait, cet objectif a été en grande partie atteint

puisque l'on n'entend plus de telles critiques à l'égard des centres de lutte contre le cancer – même si cet élément n'est pas le seul qui a concouru à établir cette nouvelle légitimité. Au contraire, le dernier plan national de lutte contre le cancer montre que ces centres sont devenus des modèles pour les autorités sanitaires (Castel et Friedberg 2004).

Mais ce constat peut être généralisé et appliqué à d'autres médecins et à d'autres structures qui ont rejoint par la suite ce projet. D'une manière générale, les médecins attendent des réseaux de prise en charge, des protocoles de traitement et des comités pluridisciplinaires qu'ils soient une ressource pour justifier de la qualité et des coûts auprès des gestionnaires. Par exemple, les médecins utilisent les protocoles de traitement sur lesquels ils se sont mis d'accord entre eux dans le réseau régional pour demander aux autorités de tutelle qu'elles financent les nouveaux médicaments anticancéreux qui coûtent très chers. Ce résultat rejoint ceux d'une étude menée sur les médecins de la sécurité sociale aux Pays-Bas (Timmermans et Berg 2003). Elle a montré que l'instauration de standards par ces médecins était un moyen de revaloriser leur discipline et de légitimer leurs décisions vis-à-vis de tiers, alors que, auparavant, ils étaient fréquemment accusés de procéder à des décisions arbitraires pour juger de l'invalidité des assurés sociaux.

Une autre tendance du système de santé français est l'accroissement des droits des patients. En 1988, une loi a obligé les médecins à mieux informer les patients avant de les inclure dans des protocoles de recherche thérapeutique. Depuis, la réglementation a constamment évolué dans ce sens. La dernière en date, en mars 2002, a explicitement pour objectif d'améliorer « les droits des malades et la qualité du système de santé ». En particulier, elle a pour objectif de faciliter au patient l'accès à son dossier médical. Parallèlement à l'évolution de la réglementation, les médecins ont l'impression que les patients sont mieux informés – notamment grâce à Internet – et qu'ils sont plus exigeants. Tout cela se traduit notamment par des primes d'assurance plus élevées pour couvrir d'éventuelles poursuites judiciaires de

médecins par des patients insatisfaits.

Dans ce contexte, les médecins attendent des protocoles, des comités pluridisciplinaires et plus généralement des réseaux de prise en charge, qu'ils justifient leurs pratiques et consolident leur position en face des patients, voire en face des tribunaux.

Enfin, un dernier élément de contexte concerne l'évolution très rapide des connaissances médicales, en particulier dans le domaine du cancer. Face à la multiplication du nombre d'essais thérapeutiques et des publications dans les revues médicales qui en découlent, il est devenu très difficile pour un médecin de se tenir à jour tout seul sur les avancées des traitements. Aussi les protocoles et les comités pluridisciplinaires constituent-ils une aide précieuse pour les médecins pour partager, trier et synthétiser les informations sur les nouvelles données scientifiques.

b) La concurrence entre médecins

Mais ces éléments, même s'ils sont importants, ne sont pas suffisants pour comprendre les évolutions de la cancérologie en France. Les causes des évolutions sont aussi à rechercher dans la concurrence existant entre établissements et entre médecins pour soigner un nombre important de patients et pour appliquer les traitements qu'ils estiment les meilleurs.

D'abord, ce sont les centres de lutte contre le cancer qui ont été les premiers à promouvoir les protocoles de traitement et les comités pluridisciplinaires en France. Ces dispositifs étaient destinés d'une part à replacer les centres de lutte contre le cancer comme leaders scientifiques face aux hôpitaux universitaires et d'autre part à défendre l'approche par pathologie plutôt que l'approche par organes.

En parallèle, les centres de lutte contre le cancer ont été dans la plupart des régions les premiers hôpitaux à initier des réseaux de prise en charge. C'était un moyen là aussi de se repositionner face aux cliniques et hôpitaux généraux, en adoptant une attitude plus

coopérative. Schématiquement, les centres renoncent aux patients atteints des cancers les plus fréquents, les aident à les prendre en charge et attendent que les autres établissements fassent appel à eux sur les prises en charge complexes comme les essais thérapeutiques.

Mais la réorganisation de la cancérologie ne s'explique pas seulement par la volonté des acteurs des centres de lutte contre le cancer de se repositionner par rapport aux autres hôpitaux. D'autres médecins que ceux des centres de lutte contre le cancer conçoivent ces dispositifs collectifs comme des opportunités pour devenir ou rester des leaders locaux. Par exemple, les cancérologues locaux, qui travaillent en dehors des centres de lutte contre le cancer, ont investi les réseaux de cancérologie ou les comités pluridisciplinaires pour convaincre les chirurgiens de leurs compétences et de l'intérêt des chimiothérapies. En effet, depuis les débuts de la chimiothérapie, les chirurgiens avaient tendance à considérer les chimiothérapeutes comme des prestataires de service – lorsque l'opération avait échoué par exemple – et pas comme des partenaires.

Cela peut être aussi le cas de chirurgiens généralistes qui souhaitent se spécialiser dans la cancérologie. La connaissance des protocoles de soin, la participation à l'élaboration de ces protocoles et la participation aux comités pluridisciplinaires sont un moyen d'acquérir une visibilité et une légitimité locales. C'est un moyen de se différencier par rapport aux autres chirurgiens.

Il s'ensuit que l'investissement dans les réseaux de cancérologie varie en fonction de la volonté de chaque médecin de développer son activité cancérologique et en fonction aussi de la perception par chaque médecin de la concurrence existante : plus un médecin souhaite développer son activité cancérologique d'une part et plus il a l'impression d'avoir des concurrents d'autre part, plus il y a de chances qu'il s'investira dans un réseau régional ou dans un comité pluridisciplinaire.

c) Un processus de mise en œuvre fondé sur la participation

La dernière raison de l'acceptation de ces dispositifs collectifs par les médecins réside dans le processus de mise en œuvre qui est fondé sur la participation et l'apprentissage plutôt que sur la coercition. Les protocoles de soin nationaux et internationaux sont en effet déclinés au plan local, ce qui assure leur compatibilité avec les moyens et les pratiques existants. De plus, les médecins qui participent à leur élaboration veillent à ce qu'ils n'avantagent pas l'un ou l'autre établissement en privilégiant des techniques de pointe que seuls les hôpitaux universitaires maîtriseraient.

Enfin, ces dispositifs collectifs ne donnent pas lieu pour le moment à un contrôle strict de l'activité médicale par les autorités de tutelle. Deux raisons principales à cela. D'abord, les autorités de tutelle locales sont prudentes et ne souhaitent en général pas un conflit avec le corps médical. Mais ensuite et surtout, elles ne possèdent pas pour le moment les compétences en leur sein pour aller vérifier l'adéquation des traitements effectivement prescrits avec les protocoles théoriques.

III. Une recomposition de la cancérologie

La mise en œuvre de ces dispositifs entraîne une recomposition du secteur de la cancérologie française. Cette recomposition touche trois domaines. D'abord, il semble que l'on aboutisse à une progressive harmonisation des pratiques médicales. Ensuite, les relations entre médecins évoluent, ce qui a des conséquences sur l'organisation de la prise en charge. Enfin, la plus grande intégration entre certains groupes de médecins a pour conséquence un renforcement de leur autorité face aux acteurs non médicaux.

a) Une harmonisation des pratiques ?

Des études ont été menées par des médecins et sur la base du volontariat pour vérifier

l'adéquation des décisions de traitement aux protocoles de soin élaborés. Ces études, publiées dans des revues médicales internationales (Ray-Coquard et al. 1997 et 2002), montrent que les médecins qui participent activement à l'élaboration des protocoles de soin ont modifié significativement leurs pratiques, dans le sens d'une plus grande conformité aux données de la science.

Ensuite, au plan local, les médecins qui participent aux comités pluridisciplinaires ont la perception de mieux s'entendre entre eux sur le choix des stratégies thérapeutiques et d'atteindre une certaine harmonisation des pratiques. Néanmoins, ce point mérite d'être investigué davantage dans les années à venir.

b) Une réorganisation de la prise en charge

La mise en œuvre de ces dispositifs collectifs a aussi un impact sur les relations entre médecins. D'un côté, les dispositifs collectifs et leur mise en œuvre améliorent la confiance entre groupes de médecins. De l'autre, ils sont une ressource pour certains médecins pour renforcer leur autorité par rapport aux autres.

Premièrement, les réseaux, les groupes de travail aboutissant à la rédaction des protocoles et les comités pluridisciplinaires donnent l'occasion aux médecins de se rencontrer alors qu'ils travaillaient de manière assez cloisonnée auparavant. De ce fait, les médecins qui travaillent ensemble dans le cadre de ces dispositifs collectifs ont davantage confiance dans les compétences de certains de leurs collègues et, dans le même temps, craignent moins que ceux-ci détournent leurs patients, captent leur clientèle.

Le deuxième effet réside dans le fait que les médecins qui s'investissent dans les dispositifs collectifs renforcent leur autorité au plan local ou au plan régional. Je citerai deux exemples. D'abord, les cancérologues utilisent les protocoles de soin pour accroître leurs exigences vis-à-vis des chirurgiens : ils osent davantage demander des reprises chirurgicales quand

l'opération est jugée insatisfaisante au regard des critères scientifiques.

Mais peut-être le phénomène le plus intéressant réside dans l'évolution des sources d'autorité des médecins universitaires. Si l'on reprend la distinction de Max Weber ([1922] 1978), on observe clairement la place de plus en plus importante de l'autorité rationnelle-légale, c'est-à-dire le besoin de justifier ses décisions et en l'occurrence, sur la base des données de la littérature scientifique. Bien sûr, l'autorité de certains médecins repose encore sur leur charisme ou sur leur position institutionnelle – parce qu'ils sont chefs d'un service traditionnellement prestigieux – mais de plus en plus l'autorité rationnelle-légale prend du poids. Ainsi, un médecin universitaire peut voir sa décision contestée par d'autres médecins s'il n'est pas capable de la justifier en faisant référence à des données scientifiques existantes. C'est-à-dire à des essais thérapeutiques dont les résultats ont été publiés ou sont suffisamment avancés pour soutenir une attitude.

Au total, ces évolutions dans les relations entre médecins aboutissent à une modification des flux de patients.

Par exemple, dans une des régions étudiées, les médecins des hôpitaux qui travaillent dans le réseau régional à l'élaboration des protocoles de soin travaillent plus avec les médecins du centre de lutte contre le cancer, qui sont leaders du réseau. Ils leur confient davantage de patients. Ainsi, le centre de lutte contre le cancer, depuis quelques années, prend en charge de plus en plus de patients, au détriment de l'hôpital universitaire. Nous avons montré par ailleurs que l'élaboration des protocoles nationaux par les centres de lutte contre le cancer avait d'une manière générale accru l'autorité scientifique des centres de lutte contre le cancer (Castel et Friedberg 2004).

Inversement, certains cancérologues qui ont créé des comités pluridisciplinaires locaux travaillent plus avec les chirurgiens locaux, ceux-ci ayant moins tendance à confier leurs patients aux hôpitaux universitaires.

c) Vers un renforcement de l'autorité médicale ?

Le dernier effet concerne l'évolution des relations entre les médecins et les autorités de tutelle et les patients. On observe que les processus d'intégration entre médecins sont une ressource pour maîtriser l'évolution du contexte sanitaire qui, nous l'avons vu, était moins favorable aux médecins.

Au plan régional, le fait de se mettre d'accord sur les protocoles permet de négocier avec les autorités de tutelle des moyens supplémentaires. C'est particulièrement le cas pour faire financer les nouvelles chimiothérapies par les pouvoirs publics. Au plan local, là aussi, les protocoles permettent aux médecins de justifier auprès des pharmaciens de leur établissement les dépenses en médicaments.

Par rapport aux patients, on retrouve deux attitudes principales. D'un côté, certains médecins cherchent à prendre davantage en compte les préférences du patient pour décider du traitement dans des situations d'incertitudes scientifiques, incertitudes que le travail sur les protocoles permet de souligner. A l'inverse, et c'est le plus fréquent, les protocoles et les réunions pluridisciplinaires sont considérés comme un moyen de convaincre le patient que le traitement proposé est justifié, puisqu'il se fonde sur une norme collective, et, ainsi, de limiter son intervention dans la décision.

Conclusion

Plusieurs enseignements peuvent être tirés de ce cas.

D'abord, les changements dans les systèmes de santé ne sont pas uniquement une affaire de relations entre le corps médical et les acteurs non médicaux (pouvoirs publics, gestionnaires et patients notamment). Ils s'expliquent aussi par des dynamiques à l'intérieur de la profession médicale. Dans le cas de la cancérologie, l'évolution rapide des connaissances liées à la recherche médicale est un facteur incitant les médecins à rechercher des solutions collectives

pour intégrer ces nouvelles connaissances. L'autre facteur incitatif est la concurrence implicite ou explicite entre médecins et entre spécialités médicales qui entraîne la participation de certains médecins à ces dispositifs collectifs pour améliorer leur positionnement par rapport à leurs concurrents.

Ce dernier élément mérite d'être davantage pris en compte dans les politiques publiques de santé. Même si la demande de soins augmente –et c'est particulièrement le cas pour le cancer– elle n'empêche pas la compétition entre médecins notamment sur la définition de la « bonne » approche médicale, sur la répartition des types de patients et sur la quête de reconnaissance. Cela a deux implications pour les politiques de santé. D'une part, on peut trouver là certaines causes de blocage de réforme : les médecins peuvent être opposés à certaines réformes parce qu'elles déstabilisent trop brutalement les rapports de pouvoir entre catégories de médecins. D'autre part, et à l'inverse, il est possible pour les pouvoirs publics, lors de certaines réformes, de s'allier à certaines catégories de médecins qui y trouveront un intérêt pour se repositionner dans le système de santé.

Le dernier enseignement concerne l'autorité médicale. D'une manière générale, on retrouve à travers le champ de la cancérologie française un phénomène que le sociologue américain Paul Starr (1982) a mis en évidence pour expliquer le renforcement de l'autorité médicale aux Etats-Unis au début du siècle : c'est la plus grande cohésion à l'intérieur de la profession qui avait permis ce renforcement. Cette plus grande cohésion avait été obtenue d'une part grâce à l'homogénéité des formations médicales via l'accréditation des écoles médicales et d'autre part grâce à l'homogénéisation des pratiques médicales liée à la plus grande interdépendance des médecins avec le développement des prises en charge à l'hôpital. Dans le cas de la cancérologie française, la plus grande cohésion passe par d'autres ressorts mais semble bien en mesure d'accroître l'autorité des médecins cancérologues vis-à-vis des acteurs non médicaux ou, du moins, de limiter l'érosion de cette autorité.

Castel E., Friedberg E., 2004. “Institutional Change as an Interactive Process. The Modernization of the French Cancer Centers”, *Scancor Institutions Conference*, Stanford University, March 26 & 27.
Epstein S., 1996. *Impure Science: Activism, and the Politics of Knowledge*, Berkeley: University of California Press.
Freidson E., 1970. *Profession of medicine*, New York: Harper.
Freidson E., 1985. “The reorganization of the medical profession”, *Medical Care Review*, 42: 11-35.
Hafferty F.W., Light D.W., 1995. “Professional dynamics and the changing nature of medical work”, *Journal of Health and Social Behavior*, n° 35: 132-153.
Hafferty F.W., McKinlay J.B. (eds), 1993**.** *The Changing Medical Profession. An International Perspective*, New York, Oxford: Oxford University Press.
Parsons T., 1951. *The social system*, Glencoe Ill., Free Press.
Pinell P., 2002. *The birth of a scourge: the anti-cancer war in France 1890-1940.* New York, London: Routledge.
Ray-Coquard I., Philip T., Lehmann M., et al., 1997. “Impact of a clinical guidelines program for breast and colon cancer in a French cancer center”, *JAMA*, 278: 1591-5.
Ray-Coquard I., Philip T., de Laroche G., et al., 2002. “A controlled "before-after" study: impact of a clinical guidelines programme and regional cancer network organization on medical practice”, *British Journal of Cancer*, 86: 313-321.
Ritzer G., Walczak D., 1988. “Rationalization and the deprofessionalization of physicians”, *Social forces*, 67: 1-22.
Scott W. R., Ruef M., Mendel P. J., Caronna C. A., 2000. *Institutional change and health care organizations : from professional dominance to managed care*, Chicago: Chicago University Press.
Starr P., 1982. *The social transformation of American medicine*, New-York: Basic Books.
Timmermans, S., Berg, M., 2003. *The Gold Standard*. Philadelphia, Pa.: Temple University Press.
Weber M., [1922] 1978. *Economy and Society.* Berkeley: University of California Press.

Patrick Castel est chercheur associé au Groupe de Recherche en Economie de la SAnté et réseaux de soins en Cancérologie (GRESAC), unité de recherche du Centre Léon Bérard et de l’Université Lyon 1. Il a réalisé son doctorat de sociologie sous la direction du Pr. Erhard Friedberg, au Centre de Sociologie des Organisations (CSO), qui est un laboratoire de Sciences Po Paris et du Centre National de la Recherche Scientifique. Il est coordinateur pour le CSO du réseau thématique européen Items (Identifying Trends in European Medical Space). Ses recherches portent sur les implications sociales de l’*evidence-based medicine.*
Adresse : GRESAC/ONCORA, Centre Léon Bérard, 28 rue Laënnec, 69373 Lyon Cedex 08, CASTEL@lyon.fnclcc.fr
Principales publications :
Castel P., Friedberg E., 2004. “Institutional Change as an Interactive Process: the Modernization of the French Cancer Centers”, *SCANCOR Institutions Conference*, Stanford University, March 26 & 27.
Castel P., Merle I., 2002. « Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins », *Sociologie du Travail*, 44 : 337-355.
Castel P., 2001. « La diversité du placement à l’extérieur. Etude sur une mesure d’aménagement de la peine », *Déviance et société*, 25 : 53-73.