

La gestion de l'incertitude médicale: approche collective et contrôle latéral en cancérologie

Patrick Castel

▶ **To cite this version:**

Patrick Castel. La gestion de l'incertitude médicale: approche collective et contrôle latéral en cancérologie. Sciences Sociales et Santé, 2008, 26 (1), pp.9-32. hal-01022350

HAL Id: hal-01022350

https://sciencespo.hal.science/hal-01022350

Submitted on 10 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.

Sciences Sociales et Santé, Vol. 26, n° 1, mars 2008

La gestion de l'incertitude médicale : approche collective et contrôle latéral en cancérologie

Patrick Castel* (1)

Résumé. En cancérologie, une approche plus collective de la médecine gagne en légitimité par rapport à la figure traditionnelle du médecin décidant seul de façon autonome et accordant une primauté à son expérience personnelle. Celle-ci consiste à privilégier le recours aux recommandations pour la pratique clinique et à l'avis des pairs pour prendre des décisions thérapeutiques. Les médecins y trouvent un réel intérêt pour leur propre pratique, confrontés aux deux formes d'incertitudes médicales distinguées par Fox et à l'évolution du contexte institutionnel. La diffusion de cette approche est renforcée par des mécanismes de contrôle entre pairs, qui présentent les caractéristiques d'un régime de contrôle latéral.

* Patrick Castel, sociologue, Centre de Sociologie des Organisations, Sciences Po-CNRS, 19, rue Amélie, 75007 Paris, France ; p.castel@cso.cnrs.fr

(1) L'auteur tient à remercier le bureau du Réseau thématique n°19 « Santé, médecine, maladie et handicap » de l'Association française de sociologie et, en particulier, Géraldine Bloy, Isabelle Feroni et Alexis Ferrand d'avoir permis la discussion d'une version antérieure de ce texte lors de la journée d'études consacrée aux savoirs incertains et aux décisions médicales. Il remercie également tout particulièrement Janine Pierret pour ses commentaires et critiques à cette occasion qui ont permis de l'améliorer.

doi: 10.1684/sss.2008.0102

Mots-clés : *incertitude médicale, profession médicale, contrôle latéral, décision thérapeutique.*

Depuis quelques années, deux principes sont censés organiser la prise de décision thérapeutique en cancérologie : les cas des patients doivent être examinés collectivement par les représentants des différentes spécialités susceptibles d'intervenir dans leur prise en charge et, lorsqu'il existe des données scientifiques suffisantes, ce qui est loin d'être toujours le cas, la décision doit être fondée sur des schémas de prise en charge élaborés *a priori* et scientifiquement valides (2). Même si les pouvoirs publics, à travers deux circulaires de mars 1998 et février 2005 et les « Plans cancer » de 2000 et 2003, ont repris à leur compte ces principes pour encadrer la prise de décision thérapeutique 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 qui ont tenté de les promouvoir au départ (Castel et Merle, 2002).

Ces évolutions ne vont pas de soi. Certes, la sociologie de la médecine a montré qu'il fallait apporter des nuances à la figure idéal-typique du médecin décidant seul et accordant une primauté à son expérience personnelle. Ainsi, même Freidson (1970) distinguait une médecine de clientèle caractérisée par la dépendance du médecin vis-à-vis de son patient et une médecine clinique (d'hôpital) dans laquelle le médecin est plus dépendant de ses collègues. Cependant, des études classiques en sociologie de la médecine ont observé à quel point, en dehors de la relation entre médecin et étudiants en médecine (Becker *et al.*, 1961 ; Bosk, 1979 ; Merton *et al.*, 1957) et en dehors d'une sollicitation expresse de sa part, l'intervention d'un médecin dans la décision thérapeutique concernant un patient d'un médecin tiers est délicate (Boyd, 1998 ; Goss, 1961). Dans un même ordre d'idée, Freidson et Rhea (1963, 1965) ont conclu que le contrôle social entre pairs, une fois les études de médecine terminées, était très limité et consistait essentiellement en un *boycott* des médecins jugés déviants. Plus récemment, des études ont montré que l'acceptation et l'utilisation des recommandations par des médecins étaient loin d'être automatiques (Bachimont *et al.*, 2006 ; Saillour-Glénisson et Michel, 2003 ; Urfalino *et al.*, 2001).

---

(2) On appelle ces derniers schémas « recommandations pour la pratique clinique », « protocoles de traitement », « référentiels » ou encore « thésaurus ».

La recherche que nous avons menée a visé à analyser comment ces principes sont mis en pratique au plan local, c'est-à-dire notamment s'ils impliquent une modification dans le mode de prise de décision thérapeutique et dans les relations entre médecins.

Pour ce faire, nous avons conduit une étude approfondie au sein d'une région entre 1999 et 2003. Cette région comprend trois réseaux de cancérologie, l'un animé par le Centre régional de lutte contre le cancer (CLCC), les deux autres par deux des trois Centres hospitaliers universitaires (CHU) que compte la région. Cinq territoires ont été explorés de manière approfondie, dont celui de la métropole régionale. Au total, 84 entretiens ont été menés. Soixante-dix-sept médecins (7 médecins ayant été interrogés à deux reprises) de tous types de structures (9 centres hospitaliers généraux, 9 cliniques à but lucratif et 2 à but non lucratif, 2 CHU et le CLCC) et de spécialités différentes (16 spécialistes d'organe, 18 oncologues médicaux, 29 chirurgiens et 14 radiothérapeutes) ont été interrogés sur leur pratique ainsi que sur l'organisation locale de la prise en charge. Nous avons pu en outre observer à cinq reprises deux visioconférences entre médecins (3 + 2) lors desquelles les médecins du CLCC ont discuté des dossiers qui étaient présentés par les médecins d'une autre structure (52 dossiers au total). Enfin, des réunions de concertation pluridisciplinaire dans lesquelles le groupe décidait d'une conduite thérapeutique à tenir ont été observées au sein du CLCC, les unes portant sur le cancer du sein (10 réunions, 194 dossiers discutés) et les autres sur le sarcome (26 réunions, 210 décisions).

Dans cet article, nous montrerons que, en l'absence de dispositifs de sanction formels (jusqu'à aujourd'hui), cette approche collective a tendance à se diffuser en cancérologie, même s'il existe de fortes disparités entre médecins quant à la conception de cette approche et à l'utilisation de ces dispositifs. L'accroissement des incertitudes concernant, d'une part, les savoirs médicaux au double sens de Fox (1988) et, d'autre part, l'évolution de l'environnement institutionnel explique cette évolution. Nous montrerons que l'étude des relations médicales est également cruciale pour comprendre la diffusion de cette approche collective de la décision thérapeutique. Les réunions pluridisciplinaires, les groupes de travail et les recommandations sont autant de moyens pour un médecin de rappeler les règles de bonnes pratiques à ses pairs. Nous avons ainsi pu observer certains phénomènes caractéristiques d'un régime de contrôle latéral (Lazega, 1999, 2000), alors que certains textes classiques en sociologie de la médecine avaient conclu aux limites du contrôle social à l'intérieur du corps médical.

Une approche collective et probabiliste de la décision thérapeutique

Une préoccupation ancienne

La préoccupation pour une approche collective et probabiliste de la décision est ancienne en cancérologie.

Depuis le début du siècle, la prise en charge du cancer met aux prises plusieurs spécialités. Il s'agissait au départ de la chirurgie et de la radiothérapie, avant que les traitements médicaux n'impliquent de nouvelles spécialités (oncologie médicale, gastroentérologie, pneumologie, immunologie, etc.). Pinell (1992) a même montré comment cette dynamique expliquait en grande partie l'organisation française de la lutte contre le cancer. En effet, Claudius Regaud et ses alliés ont poussé à la création des CLCC pour assurer la collaboration effective des chirurgiens et des radiothérapeutes (auxquels Regaud prévoyait d'adjoindre le médecin de famille), tant pour la prise de décision initiale que pour la suite de la prise en charge (3).

Quant à la protocolisation de la prise en charge, on peut y trouver aussi une origine ancienne. D'une part, la cancérologie a été l'un des champs de la médecine qui a utilisé le plus tôt — dès l'après-guerre — des méthodes de statistique médicale (Ménoret, 2002). D'autre part, elle a été un terrain privilégié de développement de la méthodologie des essais thérapeutiques multicentriques (Cambrosio, 2005 ; Pickstone, 2007).

Certes, une articulation variable entre les deux dispositifs et l'existence d'écarts à la règle...

Cependant, pendant longtemps, les modalités de recours aux recommandations pour la pratique clinique ou aux réunions de concertation pluridisciplinaire n'étaient pas explicites. La circulaire DHOS/SDO/

---

(3) Adoptant une perspective interactionniste, Ménoret (1999) a souligné à quel point le travail de gestion des trajectoires était complexe dans le cas du cancer, le nombre d'intervenants médicaux étant important, y compris lors de la phase diagnostique. Toutefois, l'auteur privilégie l'analyse des retentissements de l'organisation sur ceux qui y sont impliqués — et les malades au premier chef — plutôt que sur l'organisation proprement dite. Ainsi, les modalités de coordination entre spécialités médicales ne sont pas étudiées.

2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie est un peu plus précise : « *Quel que soit le traitement initial envisagé, chirurgie, radiothérapie, ou chimiothérapie, les dossiers qui doivent être obligatoirement discutés en RCP (Réunion de concertation pluridisciplinaire) avant mise en route du traitement sont ceux qui ne relèvent pas de référentiels validés et actualisés (standards) ou dont le réexamen s'impose chaque fois qu'il y a changement significatif d'orientation thérapeutique* ». Cependant, il est laissé une place aux différences locales, puisqu'il revient au réseau régional de définir ce qui est standard et ce qui ne l'est pas : « *Les dossiers qui répondent à une procédure standard de prise en charge, ayant fait l'objet d'un accord pluridisciplinaire, traduite par un référentiel de pratique clinique validé et actualisé, peuvent, pour ne pas retarder l'acte thérapeutique, ne pas faire l'objet d'une discussion initiale en RCP ; ces dossiers sont enregistrés ; les situations qui répondent à ce standard sont définies par le réseau régional de cancérologie* ». En outre, les choix concernant le *quorum* de médecins qui doivent être présents aux réunions, les spécialités concernées (4) et la fréquence des réunions sont laissés au plan local.

Avant même cette formalisation (limitée), la majorité des médecins de la région étudiée disaient se référer en priorité aux référentiels et présenter les dossiers qui n'entraient pas dans ce cadre aux réunions de concertation pluridisciplinaire. Les médecins qui déclarent regarder ces dispositifs avec méfiance et y avoir peu recours sont très rares. Même ceux-là travaillent généralement en relation avec d'autres cancérologues, mais selon un mode plus informel. Le propos de cet urologue travaillant en secteur libéral en témoigne : « *Je sais qu'il y a des collègues qui n'osent pas prendre une décision si elle n'est pas co-signée par tous leurs collègues. Mais à un moment, il faut bien se mouiller ! Sinon, on fait un autre métier ! Si on a besoin de discuter, on en discute par téléphone (...) J'accueille beaucoup plus les recommandations comme une recommandation que comme une indication. D'ailleurs, ce n'est pas pour rien qu'on appelle ça "recommandation". Alors que certains de mes collègues les prennent comme des indications (...) Mais ça m'expose, mon attitude. Je le sais. Mais c'est possible du fait de ma clientèle. Si j'avais des patients qui arrivaient en ayant lu Internet "J'ai lu ça...", j'aurais plus de problèmes* ».

De substantielles différences peuvent être cependant notées selon les territoires et selon les praticiens. Ainsi, dans certains territoires ou pour

(4) La circulaire fixe seulement la présence d'au moins un chirurgien, un oncologue et un radiologue.

certains praticiens, le recours au comité de décision pluridisciplinaire est systématique ou quasi systématique, alors que d'autres estiment qu'il existe suffisamment de recommandations (locales, nationales ou internationales) pour réserver ce recours à des situations exceptionnelles.

Les médecins qui disent se référer en priorité aux recommandations pour guider leurs pratiques reconnaissent aussi qu'il leur arrive de prendre une décision s'écartant de ces recommandations. Ces situations concernent assez fréquemment la personne âgée, soit que le médecin considère que l'état du patient ne permet pas de réaliser le traitement habituel, soit au contraire que son bon état permette d'envisager un acte peu recommandé. C'est ce qu'exprime ce chirurgien viscéral, travaillant en secteur libéral : « *Les cas limites, c'est souvent la personne âgée. Je prends ma décision. Là aussi, c'est en raison de mon expérience. Des fois, on vous dit : "Il faut faire autre chose que la chirurgie". Et puis, moi, j'ai vu des patients, un an après, on nous les renvoyait et la chirurgie était encore plus dure à faire. C'est une question de bon sens. Avec l'accord de la personne, bien sûr* ».

Autre type d'écart fréquent, la priorité donnée à la prise en charge de la souffrance psychologique peut entraîner un primat à l'intervention chirurgicale, sans concertation préalable entre pairs ou sans respect des examens préalables recommandés. C'est le cas de ce chirurgien gynécologue libéral qui déclare : « *Pour les cancers du sein, quand le diagnostic est confirmé, le traitement, sauf cas particulier, c'est l'opération. Après, je fais faire le bilan d'extension (5). Certains le font avant, pour le cas où il y aurait des métastases (6) concomitantes. Mais, ça, en général, on le sait avant. Il ne m'est jamais arrivé de découvrir après des métastases non soupçonnées. Ce n'est peut-être pas académique en théorie, mais c'est pratique pour les patientes. Il n'y a peut-être pas d'urgence à traiter, mais je pense qu'il y a urgence à prendre en charge la patiente. Psychologiquement, ça les aide. Donc, c'est mieux de ne pas attendre un mois la scintigraphie avant d'opérer* ».

---

(5) Le bilan d'extension est constitué d'examens, différents selon les formes de cancers, qui permettent d'établir l'étendue du cancer. Cette extension est représentée selon une classification internationale appelée classification TNM (Ménoret, 2002). Elle est un des éléments fondamentaux pour, notamment, évaluer le pronostic du cancer et décider des traitements complémentaires.

(6) Une métastase est une cellule tumorale développée à distance du site initialement atteint.

... mais une légitimité grandissante

La quasi-totalité des médecins rencontrés estiment cependant que ces écarts doivent rester marginaux et ne trouvent pas légitime de prendre une décision en fonction de leur seule expérience personnelle. Certains, comme ce chirurgien ORL, praticien hospitalier, sont même scandalisés par leurs confrères qui continuent de prendre des décisions de manière autonome : « *Ce qu'on ne devrait plus voir, ce sont des gens qui prennent leur décision tout seuls dans leur cabinet. C'est une honte ! (...) J'ai la compétence en cancérologie ORL. Je suis le seul à l'avoir sur les deux départements. Donc, à la limite, si je ne voulais pas faire de consultation, je pourrais prendre mes décisions tout seul. Mais j'estime que ce n'est pas possible de faire comme ça* ». Le principe d'une approche collective de la médecine fondée en priorité sur les données de la science est accueilli favorablement par les médecins rencontrés.

Plusieurs audits, certes réalisés auprès d'établissements volontaires, ont montré que les pratiques médicales dans les cancers du sein et du côlon avaient évolué dans le sens d'une plus grande conformité aux données de la science depuis l'élaboration régionale et participative des référentiels de traitement (Ray-Coquard, 1997, 2002, 2005). De même, de plus en plus de comités de décision pluridisciplinaire se créent dans les territoires étudiés et les fondateurs de ces comités s'avouent généralement surpris de la participation des autres médecins.

Les médecins peuvent avoir recours à la discussion avec des collègues lorsqu'ils souhaitent suivre une stratégie thérapeutique qui s'écarte de l'attitude standard. La discussion permet alors, soit de se rassurer en ayant le soutien d'autres médecins, soit de changer d'avis et de revenir au choix du traitement standard, comme l'indique cet urologue libéral : « *Avant, c'était d'après sa propre expérience qu'on prenait des décisions. Ça n'existait pas, toutes ces recommandations (…) On était moins obnubilé pour rester dans les cadres. On pouvait faire une prostatectomie à 74 ans. On ne se posait pas la question. Si on pensait que c'était bien, on l'opérait et puis voilà ! (...) C'est plus de la discussion informelle. Si on est honnête avec soi-même, si on a décidé d'opérer, on opère. Même si ce n'est pas dans le cadre. Mais on en aura parlé. Ça rassérène, quoi (…) C'est l'intérêt de ces réunions, de faire changer d'avis. D'ailleurs, on a tous changé. À un moment, les pT2C (7), on faisait une radiothérapie sys-*

(7) Le « pT2C » correspond à un stade de cancer, évalué d'après la classification TNM (*voir plus haut*). En l'occurrence, le « pTNM » permet de classer la tumeur après l'opération chirurgicale, c'est-à-dire à partir de l'examen des tissus prélevés.

tématique au bout de six semaines. Maintenant, on surveille le PSA (8) et, en fonction, on fait de la radiothérapie ». Ainsi, pendant un comité de concertation pluridisciplinaire spécialisé dans le cancer du sein, nous avons pu observer une chirurgienne confirmée venir « *demande(r) (à ses collègues) l'autorisation de faire une mastectomie d'emblée* » à une patiente sans que le cancer et sa gravité soient avérés (plutôt qu'une tumorectomie) (9). Elle justifia son attitude par les risques que la patiente encourait si elle devait la réopérer, en raison d'insuffisances respiratoires. Les quatre médecins présents l'approuvèrent.

D'autres médecins expriment une certaine mauvaise conscience lorsqu'ils décident tout seuls de traitements qui ne correspondent pas aux recommandations pour la pratique clinique ou lorsqu'ils prescrivent des traitements coûteux en fin de vie, sans grand espoir de sauver la vie du malade.

Extrait d'une réunion de concertation pluridisciplinaire

Oncologue médical : « *Alors, je vous explique pourquoi j'ai fait ça : entre cure 1 de MAID (10) et cure 3 de MAID, elle a progressé, vraiment progressé ! J'ai senti que ça pouvait être une fausse progression liée aux 21 jours de délai de scanner et, effectivement, elle a répondu entre cure 3 et cure 6. Enfin, c'est une raison avec laquelle on est un peu pas très à l'aise… Elle a 4 méta(stase)s d'un côté ; je crois qu'elle n'en a pas de l'autre. Bon, de toute façon, on est à un grand nombre de métas, est-ce que vous iriez à un moment ou à un autre ?* ».

(8) Le PSA est un marqueur tumoral utilisé pour la détection du cancer de la prostate. Le taux de PSA dans le sang est exprimé en nanogrammes par millilitre. Plus le taux de PSA est élevé en cas de cancer de la prostate, plus le risque d'une extension à distance du cancer est élevé, ce qui signifie habituellement une diminution des chances de guérison ou de survie à long terme.

(9) Une tumorectomie est une opération chirurgicale qui consiste à retirer la tumeur avec une marge de tissu mammaire tout autour, sans enlever le sein. Lorsque le sein est enlevé, l'opération s'appelle une mastectomie.

(10) MAID est le nom d'un protocole de chimiothérapie, associant les molécules mesna, adriamycine, ifosfamide et déticène, prescrit notamment pour certains types de sarcomes.

Une réponse aux savoirs médicaux incertains

Comment expliquer qu'une telle approche collective de la décision médicale ait tendance à se diffuser ? D'abord, les médecins y trouvent un réel intérêt pour leur pratique, confrontés aux deux formes d'incertitude distinguées par Fox (1988), la première résultant d'une « *maîtrise incomplète ou imparfaite de la connaissance médicale à son stade actuel* » (11) et la seconde découlant « *des limites propres à la science médicale actuelle* » (12). Ces incertitudes sont d'autant plus importantes que l'environnement institutionnel est généralement perçu comme menaçant (craintes de poursuites judiciaires contre les mauvaises pratiques et contraintes financières accrues).

Ménoret considère que c'est le second type d'incertitude qui « *caractérise la cancérologie dans son ensemble* » (Ménoret, 2007, 38). Cela ne correspond que partiellement à nos observations et à nos entretiens conduits avec les médecins. Certes, nous la suivons, d'une part, quand elle rappelle que le fléau du cancer n'est toujours pas éradiqué et que les effets des traitements ne sont toujours pas certains, et, d'autre part, quand elle montre que, en situation de consultation, comme on pouvait s'y attendre, les médecins ne sont pas prompts à évoquer le premier type d'incertitude face à leur patient. Mais, comme nous allons le voir, la préoccupation des médecins de donner les meilleures chances aux patients « dans l'état actuel de la science » et celle, corollaire, de s'assurer que leurs collègues font de même, sont celles qui s'expriment le plus spontanément et qui apparaissent prégnantes dans les entretiens et dans les réunions de concertation. Gerrity *et al.* (1992) ont noté que, paradoxalement, l'accroissement des connaissances et des moyens de traitement s'accompagne d'une augmentation de l'incertitude du médecin mis en situation de déci-

---

(11) Ce type d'incertitude est généralement d'autant plus fort que la forme de cancer est rare. En effet, se tenir à jour des connaissances sur les cancers rares nécessite un effort très important, auquel les médecins sont peu incités à consentir (sauf pour les médecins, généralement hospitalo-universitaires, qui souhaitent acquérir une spécialisation et une réputation sur ces cancers), ayant plus spontanément intérêt à se concentrer en priorité sur la mise à jour des connaissances sur les cancers qu'ils rencontreront plus fréquemment.

(12) Ici aussi, la rareté de la forme de cancer est souvent, mais pas toujours, associée à ce type d'incertitude. Le stade de la maladie aussi : plus il est élevé, moins l'efficacité des traitements a tendance à être avérée (sur ce point et ses conséquences sur la décision médicale, *voir* Baszanger, 2000).

der (13). Cette analyse s'applique bien au cancer. En effet, le cancer est une des pathologies qui a connu et connaît encore le développement le plus important d'essais thérapeutiques (notamment randomisés). Il est devenu dès lors très difficile à un médecin seul d'intégrer les dernières données de la science. Comme en témoigne cet oncologue médical travaillant au sein d'un CLCC : « *Dans le sein/gynéco, c'est là sans doute où il y a le plus de publications et où les publications ont amené les choses les plus efficaces. Plus il y a de choses efficaces et plus c'est difficile. Il ne faut pas se planter. Dans les cancers des testicules, par exemple, c'est un cancer très rare qui demande une attitude bien particulière. Là, il ne faut pas du tout se planter parce que, sinon, on fait perdre des chances au patient. En revanche, les cancers métastatiques, on a surtout des approches palliatives ; je suis assez à l'aise pour soigner ces gens en pneumologie, en digestif. Mais c'est pour les stades initiaux, c'est là où il ne faut pas se tromper et c'est là où je suis moins à l'aise* ».

Selon les médecins, le recours aux recommandations pour la pratique clinique permet de limiter les défaillances individuelles en vérifiant la conformité de leurs décisions avec les données de la science. Par exemple, ce pneumologue, praticien hospitalier dans un centre hospitalier universitaire, considère que « *c'est bon pour tout le monde, les recommandations. Même si vous avez une activité importante, vous avez besoin d'une aide à la décision. C'est confortable. Vous êtes face à un patient cancéreux : ce que vous proposez à un patient, c'est le produit d'un travail collectif. Moi, ça m'aide dans ma démarche* ».

Les motivations de recours aux réunions de concertation pluridisciplinaire sont proches. Il s'y ajoute un élément : non seulement la participation aux réunions peut permettre au praticien d'apprendre le résultat d'une nouvelle étude, mais elle peut l'aider à vérifier qu'il n'oublie pas certains paramètres lorsqu'il estime qu'une décision est complexe.

Extrait d'une réunion de concertation pluridisciplinaire

Un oncologue médical présente un dossier de patiente déjà traitée il y a 20 ans pour un cancer de l'ovaire. L'échographie a détecté une masse anormale dans le pelvis, sans que le cancer soit avéré.

(13) Parsons (1951) avait aussi noté un demi-siècle auparavant que les incertitudes des médecins deviennent plus sévères avec les progrès du savoir théorique.

Chirurgienne 1 : « *Faut voir si c'est extirpable* » (une moue indique son scepticisme).
Oncologue médical 1 : « ***C'est pour ça que je suis ici. C'est bien parce que je ne me sentais pas de prendre la décision tout seul*** » (mis en gras par nous).
Chirurgien 2 : « *De toute façon, on ne risque rien à commencer par la chimio* ».
Oncologue médical 1 : « *Au début, c'est ce que je me suis dit... je me suis dit : "Chargez !" Et puis après, je me suis dit : "Après tout, pourquoi ne pas en discuter avant..."* »

Le recours au comité pluridisciplinaire est d'autant plus motivé que le médecin est confronté à une situation clinique à laquelle il est peu habitué. La « rareté » d'une tumeur peut être due à sa localisation, à son type histologique, mais aussi à son stade. Elle est donc contingente à la formation, à l'expérience et aux caractéristiques de l'activité de chaque praticien.

Le recours aux réunions de concertation peut être aussi motivé par l'insuffisance de données de la science. On retrouve alors le deuxième type d'incertitude distingué par Fox. En l'occurrence, ce sont des situations cliniques pour lesquelles il n'y a pas (ou peu) d'essais thérapeutiques correspondants. Sont donc particulièrement concernés par ces discussions les cas de patients atteints d'autres pathologies en même temps que du cancer, les rechutes de cancer et les cancers très rares s'apparentant à des maladies orphelines. C'est ce qu'exprime cet urologue libéral : « *Les cas faciles, c'est tout ce qui est dans les standards : les pT1, les pT2. Les pT3, ça se discute (14). Ça s'opère, ça ne s'opère pas. Sur les prostates, on a sans doute plus d'expérience que d'autres. Quand on a fait 700 prostates en 13 ans… C'est vrai que c'est différent par rapport à quelqu'un qui en a opéré 50… Les cas complexes, c'est un rein difficile. Est-ce qu'on fait une néphrectomie partielle ou non ? Ce sont toutes les discussions d'indication de chirurgie, qui va être plus ou moins mutilante* ».

Cette crainte de prendre la mauvaise décision est renforcée par l'évolution de l'environnement institutionnel. La cancérologie, si l'on en croit nos entretiens, n'est pas la pathologie la plus touchée par les plaintes

(14) Les « pT1 » et « pT2 » correspondent à des formes moins étendues de cancer de la prostate que les « pT3 » (*voir plus haut*).

de patients. Les médecins disent entretenir généralement de bonnes relations avec leurs patients. C'est manifeste chez les gynécologues par exemple, qui craignent beaucoup plus les plaintes dans le cadre de leur activité obstétricale que dans celui de leur activité cancérologique. Cependant, les médecins observent avec méfiance et prudence ce qui se passe dans d'autres pathologies et dans d'autres pays. Ils notent aussi une tendance à une plus grande méfiance des patients que par le passé, qui les inquiète. Ce contexte est donc une incitation supplémentaire à avoir recours « en prévention » aux comités de concertation et/ou aux protocoles de traitement collectivement élaborés (Castel, 2005).

Quelques médecins, plus rares, justifient leur recours aux recommandations ou aux réunions de concertation par les doutes qu'ils éprouvent quant au rapport coût-efficacité de leurs pratiques, dans un contexte budgétaire qui est moins favorable aux établissements de santé et où les déficits des pharmacies (ici publiques) se creusent.

Les relations médicales au cœur du processus de mise en conformité des pratiques

L'élaboration des recommandations et le développement des réunions de concertation accroissent les occasions pour les médecins de se rencontrer entre pairs mais aussi de se jauger et de se contrôler entre eux, alors que d'autres auteurs avaient noté que ces possibilités étaient traditionnellement très limitées (Freidson et Rhea, 1963, 1965 ; Scott, 1982). Cette possibilité même participe de la diffusion de l'approche collective de la médecine.

Interactions, ajustement mutuel et émulation

D'abord, à travers les réunions de concertation et les réunions d'élaboration des recommandations, les médecins des hôpitaux ont davantage de contacts directs avec les médecins hospitalo-universitaires, qui peuvent les convaincre du bien-fondé de nouvelles attitudes thérapeutiques formalisées dans les recommandations. Ainsi, ce chirurgien gynécologue libéral considère : « *Au fur et à mesure qu'on participe, on s'approprie. Et peu à peu, on fait sien le thésaurus, y compris pour ce qui s'éloignait des pratiques qu'on avait. Vous savez, un médecin, ce n'est pas facile. Surtout un médecin qui a de la bouteille. On se dit d'abord : "Pourquoi on changerait ?" Et puis on voit ce que font les collègues à côté… Et petit à petit…* »

Ensuite, la participation aux réunions de concertation donne l'occasion aux médecins d'intervenir dans la prise de décision. C'est vrai en particulier des cancérologues qui ont là un moyen de ne pas être cantonnés dans un rôle de « prestataire de service » pour des décisions prises par d'autres, de discuter avec les chirurgiens notamment et d'avoir la possibilité de les convaincre de l'utilité de l'approche qu'ils défendent. Par apprentissage, les médecins osent de plus en plus faire appel à leurs collègues pour recueillir leurs avis. « *Avant, les chirurgiens nous envoyaient les patients et c'était tout. Maintenant, on discute. Ça, ça a beaucoup changé. Le rôle du radiothérapeute a évolué. Et, ça, c'est aussi l'intérêt d'être présent dans les réunions de concertation : pour pouvoir discuter* », s'est réjoui ce radiothérapeute libéral. Et un autre oncologue médical, dans une autre structure, de remarquer ironiquement que, depuis qu'il a « *monté une concertation pluridisciplinaire* », il commence à « *voir des patients avant la chirurgie* ».

Enfin, de manière indirecte, toutes ces réunions sont une incitation pour les médecins à se plonger dans la littérature scientifique et à se l'approprier, de manière à apparaître comme compétents aux yeux des autres participants. Il s'agit là d'un phénomène d'émulation qui ressort clairement des entretiens avec les médecins les plus actifs au sein du réseau régional de cancérologie animé par le CLCC. Par exemple, tel urologue libéral confie qu'il apprécie de participer au réseau car il s'oblige à lire pour ne « *pas paraître ridicule* » dans les réunions.

Un régime de contrôle latéral

Un contrôle grandissant des pratiques entre pairs

Les recommandations et les réunions pluridisciplinaires sont aussi des dispositifs qui, selon la formule même d'une gynécologue libérale, entraînent une « *surveillance mutuelle* » : elles constituent autant de moyens pour un médecin d'évaluer la compétence et l'attitude de ses pairs et de leur rappeler les règles de bonnes pratiques. Elles facilitent la mise en place d'un contrôle latéral au sens de Lazega (1999, 2000) dans la mesure où il se caractérise par son caractère informel et par le fait qu'il soit exercé par des pairs, c'est-à-dire par des membres de l'organisation qui ne sont pas formellement les supérieurs hiérarchiques de ceux qu'ils contrôlent.

Le cas des « marges de résection », qui représentent le tissu sain prélevé par le chirurgien en même temps que la tumeur, est très souvent cité par les différents acteurs concernés pour illustrer une telle évolution. Les

radiothérapeutes, en particulier, sont plus exigeants envers les chirurgiens et osent davantage demander des reprises chirurgicales (avant de commencer la radiothérapie) lorsque ces marges ne sont pas assez importantes au regard des recommandations pour la pratique clinique, comme l'explique ce radiothérapeute, salarié d'une clinique participant au service public hospitalier : « *À partir du moment où il existe des recommandations précises… Quand on leur a renvoyé deux malades parce que la chirurgie est incomplète, immédiatement, ça finit par changer… Par la force des choses* ».

Les chirurgiens reconnaissent cette évolution. De façon significative, ils rapportent qu'il s'agit là d'un des principaux sujets de friction avec leurs homologues cancérologues. Même s'ils tentent parfois de convaincre le cancérologue qu'une reprise chirurgicale est difficile ou inutile, toujours est-il que, du fait de l'existence de ces recommandations, les chirurgiens doivent désormais justifier davantage qu'auparavant auprès de pairs la façon dont ils ont opéré. Ainsi, indique ce chirurgien : « *Les discussions sont plus âpres avec les radiothérapeutes. C'est le cas des cancers* in situ *(15) qu'il faut reprendre pour faire entrer dans le score (16). Quand on a une marge de 3 centimètres au lieu de 5 centimètres. Ce n'est pas évident de reprendre une boule. C'est l'inconvénient de ces scores, il faut les faire entrer dedans… C'est un problème. Avant, c'était plus facile (…) En général, on arrive à approcher (un accord)… si, vraiment, le radiothérapeute dit : "c'est important"… on arrive à trouver la meilleure des solutions… je ne me souviens pas de clashes véritables (…) C'est vrai que j'ai quand même souvent le souci de l'esthétisme ; de ce fait, l'opération est peut-être plus difficile. Ça, les discussions avec les cancérologues nous l'ont fait comprendre* ».

En cas de différend prolongé, les médecins pourront porter le cas devant la réunion de concertation. Comme l'explique ce gastroentérologue libéral, cela évite des conflits frontaux : « *(Avec le chirurgien) ça se règle au téléphone. Quand il s'agit d'une décision standard. Mais quand*

---

(15) Le cancer passe par un stade précoce nommé « *in situ* » dans lequel les cellules tumorales prolifèrent sans envahir une barrière nommée la membrane basale. Cette membrane sépare le revêtement du reste de l'organe.

(16) Le médecin fait référence ici au « Score de Van Nuys » (appelé aussi Index de Van Nuys). À partir de paramètres définis internationalement tels que la taille de la tumeur, le grade de la tumeur, etc., mais aussi les marges de résection, les médecins (pathologistes) établissent un score qui entraîne le classement des patientes en trois catégories. Le réseau étudié a décidé de préconiser une reprise chirurgicale pour les patientes dont le score final est trop élevé, afin de le faire baisser.

il y a un doute sur la conduite à tenir, on dit : "on en parle la semaine prochaine". Et ça passe (au comité de concertation). On ne fait pas de mini-concertation au téléphone. On n'argumente pas. Dès qu'on sent qu'on va commencer à argumenter, ça passe (au comité) et, comme ça, on règle le problème » (17). Dans d'autres cas, s'appuyer sur une décision de groupe permet d'imposer son avis à un médecin extérieur à la structure. Par exemple, un radiothérapeute hospitalier nous a confié présenter à la réunion de concertation pluridisciplinaire de l'hôpital les dossiers de patients confiés par les chirurgiens libéraux avec qui il était en désaccord concernant la décision thérapeutique : « *J'amène le dossier pour qu'on marque que c'est une décision collégiale et pour que tous les médecins présents signent* ». L'inverse est vrai : une attitude invalidée par le groupe met en difficulté le praticien qui a présenté son dossier ; il lui est plus difficile de maintenir sa position.

Plus généralement, le comité de concertation est une instance dans laquelle les médecins peuvent se rappeler mutuellement les règles de bonnes pratiques et notamment l'utilisation des données de la science. Ainsi, dans certaines structures spécialisées en cancérologie, les médecins ont décidé de présenter tous les nouveaux cas pris en charge dans la semaine précédente. Cette procédure entraîne une validation rapide des décisions « *où tout est standardisé* » et implique d'expliquer les décisions qui s'écartent des standards.

Dans deux comités étudiés (200 décisions observées dans chaque comité), un quart des décisions finales vont à l'encontre de l'avis du médecin qui a présenté le dossier (18), et cela quels que soient le comité, la spécialité du médecin référent et le stade de la maladie. Les médecins du groupe sont là pour rappeler éventuellement au médecin qu'il préconise un traitement qui n'est pas prouvé.

Extrait d'une réunion de concertation pluridisciplinaire

Chirurgien : « *Est-ce qu'on peut lui faire de l'Arimidex®* (19) ? »
Oncologue médical 1 : « *Moi, j'en ai déjà fait...* »
Chirurgien : « *Oui, mais est-ce que ça marche ? Est-ce qu'il y a de la littérature ?* »

(17) Le recours au staff pour trancher un cas de désaccord en évitant le conflit était déjà mentionné dans le célèbre article de Goss (1961).
(18) Lorsque le médecin a exprimé une préférence claire.
(19) Médicament prescrit en particulier pour certaines formes de cancer du sein.

L'oncologue médical 1 se tait.
Oncologue médical 2 : « *Moi, je ferais plutôt du TAM (20). On a plus de recul...* »
Cette solution est retenue.

Les deux extraits suivants montrent en particulier que tout médecin, quel que soit son statut, est susceptible d'être contredit par le groupe. En effet, l'oncologue médical concerné ici est le secrétaire du comité, professeur des universités et spécialiste incontesté par ses collègues de la pathologie.

Extrait 1

Oncologue médical 1 : « *Et (le chirurgien) à qui je l'ai montrée dit qu'il ne veut pas y aller, parce que l'artère passe en plein dedans. Donc, il ne peut pas y aller tout de suite, il faut la faire réduire un peu. Donc, elle a eu MAID et elle n'a pas répondu, peut-être légèrement progressé mais on reste dans la barre des 20 %. Elle a mal supporté le MAID et j'avais envie de la…* »
Oncologue médicale 2, le coupant : « *Et Taxotère®-Gemzar® ?* » (21)
Oncologue médical 1 : « *Non, pas encore, j'avais envie de la passer à 75 d'adria(mycine) (22). Elle n'a pas très bien supporté le MAID et si on lui fait Taxotère®-Gemzar®, on va l'amener à…* »
Oncologue médicale 2 : « *Si elle n'a pas répondu… et si tu dis qu'en la faisant répondre, tu peux faire un geste chirurgical…* »
Oncologue médical 1 : « *Eh bien, c'est exactement la réponse à laquelle je pensais : je pense qu'on peut faire mieux en faisant 75 d'adria que MAID (pour ces cancers). C'est pour ça que je voulais avoir votre avis.* »
Oncologue médicale 2 : « *C'est quoi comme (cancer) ?* »
Oncologue médical 1 : « *(cancer X) de grade III.* »

(20) Abréviation pour Tamoxifène®, autre médicament prescrit notamment dans le traitement de certains cancers du sein.
(21) Protocole de chimiothérapie associant les deux médicaments.
(22) Lire « 75 mg d'adriamycine par mètre carré ».

Oncologue médicale 2 : « *Tu ne veux pas changer de drogue (23) ? Car tu n'as pas une réponse minime, tu as plutôt une progression…* »
Chirurgien, approuvant l'oncologue médicale 2 : « *Bien sûr !* »
Oncologue médical 1 : « *Vous feriez Gemzar®-Taxotère® ?* »
Oncologue médicale 2 au chirurgien : « *Merci !* »
L'oncologue médical 1 dicte la décision « Gemzar®-Taxotère® ».

Extrait 2

L'oncologue médical 1 propose deux options comme traitement médical adjuvant après une opération à marges non *in sano* (24). Il privilégie l'une au motif que la patiente est « à risque ». L'oncologue médicale 2 est très réservée sur cette indication, car « *on n'a pas de données actuellement et ça n'a rien d'anodin !* »
L'oncologue agrée, bon gré, mal gré : « *Ou rien… C'est possible, aussi* ». Puis il revient à la charge : « *J'ai eu une réponse fantastique au Femara® (25), dernièrement !* »
L'oncologue médicale 2, ironique : « *Pourquoi tu ne l'as pas publié ! On aurait pu dire qu'on avait des données dans la littérature… Moi, j'ai eu une réponse splendide à l'abstention thérapeutique. Mais je n'ai pas publié ! Je plaisante, mais c'est vrai…* »
Oncologue médical, résigné : « *Bon… abstention thérapeutique, alors ?* »
Il dicte cette dernière solution.

Une hiérarchie informelle

Cependant, il serait faux d'affirmer que les dispositifs collectifs conduisent à supprimer toute différenciation à l'intérieur du corps médical. Tous les avis des médecins n'ont pas un poids équivalent et tout médecin ne peut pas discuter de tout dossier.

(23) Car le protocole de chimiothérapie MAID contient déjà de l'adriamycine (*voir plus haut*).
(24) L'expression « non *in sano* » signifie que les marges de tissu sain autour de la tumeur prélevée au cours de la chirurgie sont insuffisantes.
(25) Médicament.

D'abord, les spécialités sont structurantes. Seuls des chirurgiens ou des radiothérapeutes discutent entre eux si, respectivement, la chirurgie ou la radiothérapie est envisageable en fonction de la localisation de la tumeur. De même, il est très rare que des non chimiothérapeutes interviennent sur le choix du médicament à administrer en situation d'échec thérapeutique. Ainsi, un oncologue médical concédait : « *Moi, en tant que médecin, c'est parfois difficile de dire à un chirurgien ce qu'il faut qu'il fasse* ». En revanche, les trois spécialités peuvent intervenir et se contredire sur l'agencement des traitements et sur la stratégie thérapeutique d'ensemble. Ainsi, par exemple, lors d'une discussion observée dans un comité de concertation, deux chimiothérapeutes et un radiothérapeute ont pu convaincre un chirurgien très réticent de procéder à un acte chirurgical, parce que les deux autres armes ne seraient pas aussi efficaces.

Ensuite, les médecins continuent de faire davantage confiance à l'avis de certains plutôt qu'à d'autres. Cette confiance, qui dessine une hiérarchie informelle à l'intérieur du corps médical, dépend notamment de la quantité de cas traités par le praticien, c'est-à-dire de son expérience. « *(Lors de l'élaboration des protocoles de traitement) c'est vrai qu'on avait tendance à plus écouter ceux qui en faisaient le plus. Par exemple, quand vous avez une série de 15 en larynx et qu'il (le chirurgien du CHU) arrive avec une série de 300… C'est vrai que vous avez tendance à plus l'écouter. Mais sans que ça soit pain béni* » reconnaît un chirurgien ORL, salarié d'un établissement privé à but non lucratif.

Ainsi, si le statut universitaire du médecin est un élément qui entre en ligne de compte, il n'est pas le seul. Par exemple, dans un des territoires de la région étudiée, certains chirurgiens gynécologues libéraux, qui avaient une très forte activité en cancer du sein, bénéficiaient d'une légitimité plus grande auprès de leurs pairs que le chef de service, PU-PH, d'un service de gynécologie obstétrique qui était connu pour partager son temps entre l'obstétrique et la cancérologie gynécologique. De plus, les médecins distinguent de plus en plus ceux parmi leurs collègues universitaires qui savent justifier leurs décisions en mobilisant la littérature et ceux qui affirment péremptoirement certaines positions. Comme l'indique ce chirurgien viscéral libéral, les premiers ont de plus en plus de légitimité au sein du corps médical par rapport aux seconds : « *Je suis bluffé par Dr X. Elle sait énormément de choses ! C'est classé dans sa tête. Elle a des réponses à tout ; elle dit : "C'est dans tel congrès, tel papier…" Mais elle ne le fait pas de manière autoritaire, ce n'est pas pontifiant. Elle a une autorité naturelle* ».

La compétence pédagogique et la capacité relationnelle qui consistent à accorder du crédit à leurs interlocuteurs lors des discussions — même quand ils préconisent une attitude différente — semblent aussi de

plus en plus considérées comme des qualités caractérisant les « *leaders* d'opinion ». Certains médecins parlent de « *sens du dialogue* ».

Nous pouvons constater que ces deux dernières qualités et la précédente — *i.e.* la capacité à justifier les décisions en les fondant sur des données de la littérature (que nous avons appelée « *autorité rationnelle-légale* » dans un article précédent) (Castel et Dalgalarrondo, 2005) — entrent en résonance avec le mode de décision collectif en train de se développer en cancérologie.

Stigmatisation et marginalisation

Lors des comités pluridisciplinaires que nous avons observés, les médecins cherchent à connaître le nom des médecins qui ont assuré la prise en charge initiale, lorsque le dossier qui leur est adressé témoigne de ce qu'ils considèrent, soit comme des erreurs, soit, au contraire, comme une excellente prise en charge. De manière plus générale, contrairement à ce que Freidson et Rhea (1965) avaient observé, les médecins n'hésitent pas à discuter entre collègues sur les performances d'autres pairs au cours des réunions de concertation et à s'échanger des informations sur ceux qu'ils jugent les plus ou les moins compétents.

Lorsque des médecins repèrent que d'autres médecins persévèrent à travailler d'une façon jugée inappropriée (parce qu'ils travaillent seuls ou parce qu'ils ne respectent pas les recommandations), ils ont tendance à ne plus collaborer avec eux. C'est ce qu'exprime ce radiothérapeute, exerçant dans une structure privée à but non lucratif : « *Les relations ne sont pas très conflictuelles. C'est plutôt : soit on a de bonnes relations, soit on n'a pas de relation. Parce qu'il y a des gens avec qui on n'aime pas travailler (...) Pour ce qu'ils font. Pour leur manière d'aborder la maladie. Alors, on leur dit une fois, deux fois que ce n'est pas comme ça qu'il faut faire, et puis, après, je peux vous assurer qu'ils vous fichent la paix ! (sourire) Sinon, je leur dis : "Pourquoi tu veux que j'irradie, alors que je n'ai pas de bilan ?" Il faut leur dire. On est à une époque où il faut le dire* ». On retrouve ici le *boycott* comme mécanisme de contrôle social mis en évidence par Freidson (1970).

Parfois, cette situation débouche sur un conflit. C'est le cas d'un des territoires étudiés où les acteurs de deux hôpitaux locaux tentent d'harmoniser les pratiques en cancérologie ORL *via* un comité de concertation qu'ils ont créé. Certains médecins passent par cette concertation mais d'autres continuent à ne pas le faire, ce qui est source de tensions et a abouti à leur marginalisation. Leurs malades n'ont plus accès à l'hôpital de proximité.

Le *boycott* (ou la marginalisation) ne concerne pas seulement les médecins d'hôpitaux généraux ou de cliniques. Il peut toucher certains référents universitaires dont les médecins jugent qu'ils ne sont pas assez ouverts à la discussion, comme l'exprime ce chirurgien ORL, salarié d'une structure privée participant au service public hospitalier : « *C'est un peu comme (dans tel réseau) : c'est très ouvert. Dans les réunions, on pouvait parler de nos cas… Je suis allé une fois (dans le réseau concurrent)… La caricature ! Les professeurs qui nous traitaient de haut… Une caricature… C'est pour ça que, à mon avis, (ce réseau) ne va pas durer. Ils se sont plantés : ça ne marche plus, ces comportements* ».

Nous nous rapprochons de certaines conclusions de la recherche de Bosk (1979) sur la socialisation des élèves en chirurgie, dont Conrad (1980) se demandait si elles pouvaient s'appliquer aux relations entre « égaux ». Même si ce point mériterait une analyse plus systématique, les médecins impliqués dans la lutte contre le cancer font la distinction entre certains comportements acceptables et d'autres qui le sont moins ou ne le sont pas du tout (26). Le recours aux recommandations existantes et aux réunions de concertation tend à devenir une norme (27). En conséquence, les médecins qui s'en écartent peuvent être jugés par leurs pairs comme coupables « *d'erreurs normatives* » au sens de Bosk.

Conclusion

Certains textes classiques ont souligné le caractère individuel et autonome de la pratique médicale et ont conclu aux limites du contrôle social à l'intérieur du corps médical (Freidson, 1970 ; Freidson et Rhea, 1963, 1965 ; Scott, 1982) — après la période des études médicales. Goss (1961) distingue, par exemple, le domaine administratif dans lequel cer-

---

(26) La frontière entre « erreurs techniques » et « erreurs normatives », notamment, mériterait d'être discutée. Par exemple, des chirurgiens à qui on demande de ré-opérer un patient — parce que la chirurgie initiale a échoué — peuvent juger très sévèrement leur confrère qui a réalisé la chirurgie initiale, s'ils estiment qu'il n'avait pas les compétences (et notamment l'expérience) pour la faire. Au contraire, ils peuvent tolérer « l'erreur » d'autres chirurgiens, parce qu'ils les estimaient compétents.

(27) Norme qui peut être déclinée différemment localement, comme nous l'avons vu : par exemple, adaptation locale ou régionale des recommandations nationales, différences locales dans la définition des types de dossiers devant être discutés en concertation…

tains médecins peuvent bénéficier d'une « autorité » sur leurs pairs, du domaine médical dans lequel l'on peut au plus observer une relation d'« influence ». L'exemple abordé ici tend à montrer que, en cancérologie, l'approche collective de la décision médicale gagne en légitimité, en réponse notamment aux incertitudes auxquelles sont confrontés les médecins, et que le contrôle entre pairs est un des processus de diffusion de cette approche.

Certes, les mécanismes traditionnels de régulation de la profession médicale subsistent. On retrouve les phénomènes d'influence mis en évidence par Goss (dans les relations entre médecins hospitaliers ou libéraux et médecins universitaires notamment), une certaine tendance à l'évitement du conflit direct en cas de désaccord et la régulation par *boycott* (Freidson, 1970). Cependant, l'importance du contrôle latéral apparaît aussi manifeste ici.

Comment expliquer ces constats ? Une première hypothèse tient à la spécificité de la pathologie cancer qui, d'une part, est une pathologie mortelle et, d'autre part, a toujours mis aux prises plusieurs spécialités en situation d'interdépendance (Ménoret, 1999 ; Pinell, 1992). Ces caractéristiques sont sans doute favorables à cette approche collective de la décision médicale : d'une part, le caractère dramatique de l'erreur rend sans doute plus acceptable le recours aux avis de pairs lors de la prise de décision ; d'autre part, les médecins ont une plus grande habitude et davantage d'occasions d'entrer en relations interpersonnelles que pour d'autres pathologies. Une deuxième hypothèse a trait au contexte local. En effet, cette région se caractérise par la création, dès le début des années 1990, d'un réseau régional de prise en charge qui a tenté de développer et de promouvoir cette approche collective sur un mode participatif. Les médecins ont donc eu le temps d'expérimenter de nouvelles relations et d'apprendre à y trouver certains avantages qu'ils n'avaient pas nécessairement perçus au premier abord. Une dernière hypothèse tient aux transformations du contexte institutionnel. L'un des changements est l'évolution des relations aux patients et aux gestionnaires, qui constitue une incitation pour les médecins à s'organiser localement et à présenter un « front uni » face aux non-professionnels. L'autre évolution institutionnelle est la montée de l'*evidence-based medicine,* qui aboutit à la formalisation d'attitudes thérapeutiques et vise à fonder les pratiques sur les données de la science. Non seulement il devient plus difficile pour un médecin individuel d'invoquer le colloque singulier pour se soustraire ou résister au contrôle/conseil des pairs (Goss, 1961), mais le recours à une norme collective pour remettre en cause la décision d'un pair est susceptible d'être mieux accepté qu'une critique directe (Boyd, 1998).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Bachimont J., Cogneau J., Letourmy A., 2006, Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2, *Sciences Sociales et Santé*, XXIV, 2, 75-103.

Baszanger I., 2000, Entre traitement de la dernière chance et palliatif pur : les frontières invisibles des innovations thérapeutiques, *Sciences Sociales et Santé*, XVIII, 2, 67-94.

Becker H., *et al.*, 1961, *Boys in white: student culture in medical school,* Chicago, University of Chicago Press, 456 p.

Bosk C., 1979, *Forgive and remember: managing medical failure,* Chicago, University of Chicago Press, 276 p.

Boyd E.A., 1998, Bureaucratic authority in the "Company of Equals": the Interactional Management of Medical Peer Review, *American Sociological Review*, LXIII, 2, 200-224.

Cambrosio A., 2005, Rationalisation et médecine des preuves en oncologie : quelques remarques à propos des pratiques biomédicales, *Sciences Sociales et Santé*, XXIII, 4, 41-48.

Castel P., 2005, Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique, *Revue Française de Sociologi*e, XLVI, 3, 443-467.

Castel P., Merle I., 2002, Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins, *Sociologie du Travail*, XLIV, 2, 337-355.

Castel P., Delgalarrondo S., 2005, Les dimensions politiques de la rationalisation des pratiques médicales, *Sciences Sociales et Santé*, XXIII, 4, 5-40.

Conrad P., 1980, Where is the sociology of health and illness? A review essay, *Qualitative Sociology*, III, 2, 152-159.

Fox R., 1988, *L'incertitude médicale*, Paris-Louvain-la-Neuve, L'Harmattan-CIACO, 202 p.

Freidson E., 1970, *Profession of medicine*, New York, Harper & Row, 409 p.

Freidson E., Rhea B., 1963, Processes of control in a company of equals, *Social Problems*, XI, 2, 119-131.

Freidson E., Rhea B., 1965, Knowledge and judgment in professional evaluations, *Administrative Science Quarterly*, X, 1, 107-124.

Gerrity M.S., *et al.*, 1992, Uncertainty and professional work: perceptions of physicians in clinical practice, *American Journal of Sociology*, XCVII, 4, 1022-1051.

Goss M.E., 1961, Influence and authority among physicians in an outpatient clinic, *American Sociological Review*, XVI, 1, 39-50.

Lazega E., 1999, Le phénomène collégial : une théorie structurale de l'action collective entre pairs, *Revue Française de Sociologie*, XL, 4, 639-670.

Lazega E., 2000, Rule enforcement among peers: a lateral control regime, *Organization Studies*, XXI, 1, 193-214.

Ménoret M., 1999, *Les temps du cancer,* Paris, Éditions du CNRS, 237 p.

Ménoret M., 2002, The genesis of the notion of stage in oncology: the French permanent cancer survey (1943-1952), *Social History of Medicine*, 15, 2, 291-302.

Ménoret M., 2007, Informer mais convaincre : incertitude médicale et rhétorique statistique en cancérologie, *Sciences Sociales et Santé*, XXV, 1, 33-52.

Merton R., Reader G., Kendall P., 1957, *The student physician*, Cambridge, Harvard University Press, 360 p.

Parsons T., 1951, *The social system*, Glencoe, Ill., Free Press, 575 p.

Pickstone J., 2007, Contested cumulations: configurations of cancer treatments through the Twentieth Century, *Bulletin of the History of Medicine,* LXXXI, 1, 164-196.

Pinell P., 1992, *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France* (1890-1940), Paris, Métailié, 365 p.

Ray-Coquard I., *et al.*, 1997, Impact of a clinical guidelines program for breast and colon cancer in a French cancer center, *The Journal of the American Medical Association*, 278, 19, 1591-1595.

Ray-Coquard I., *et al.*, 2002, A controlled "before-after" study: impact of a clinical guidelines program and regional cancer network organization on medical practice, *British Journal of Cancer,* LXXXVI, 3, 313-321.

Ray-Coquard I., *et al.*, 2005, Persistence of medical change at implementation of clinical guidelines on medical practice: a controlled study in a cancer network, *Journal of Clinical Oncology*, XXIII, 19, 4414-4423.

Saillour-Glénisson F., Michel P., 2003, Facteurs individuels et collectifs associés à l'application des recommandations de pratique clinique par le corps médical. Revue de la littérature, *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique,* LI, 1, 65-80.

Scott W.R., 1982, Managing professional work: three models of control for health organizations*, Health Services Research*, XVII, 3, 211-240.

Urfalino P., *et al.,* 2001, *Les recommandations à l'aune de la pratique. Le cas de l'asthme et du dépistage du cancer du sein,* Paris, Centre de Sociologie des Organisations.

ABSTRACT

Managing medical uncertainty: collegiality and lateral control in oncology

In oncology, a more collective model of medicine is finding increasing legitimacy at the expense of the traditional figure of the professional whose decisions are autonomous and mainly grounded on his own experience. Physicians tend to consider more and more that this collective model is helpful, since they have to face medical and institutional uncertainties. Furthermore, mechanisms of social control between peers contribute to the diffusion of this model.

RESUMEN

El manejo de la incertidumbre médica : enfoque colectivo y control lateral en cancerología

En el campo de la cancerología, un enfoque más colectivo de la medicina, que se apoya en el recurso a las recomendaciones para la práctica clínica y en la opinión de los pares para tomar las decisiones terapéuticas, gana terreno actualmente frente a la figura tradicional del médico, según la cual éste decide solo y de forma autónoma, tomando su experiencia profesional como punto de referencia. Los médicos encuentran en este nuevo enfoque un interés efectivo para su práctica propia, enfrentados a las dos formas de incertidumbre médica que han sido distinguidas por Fox, y a la evolución del contexto institucional. La difusión de este enfoque se refuerza por los mecanismos de control que ejercen los pares, y que presentan las características del control lateral