

Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins

Henri Bergeron, Patrick Castel

► **To cite this version:**

Henri Bergeron, Patrick Castel. Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins. *Sociologie du Travail*, Association pour le développement de la sociologie du travail, 2010, 52 (4), pp.441 - 460. 10.1016/j.soctra.2010.09.001 . halshs-00587055v2

HAL Id: halshs-00587055

<https://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/halshs-00587055v2>

Submitted on 13 Apr 2016

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.

Captation, appariement, réseau: une logique professionnelle d'organisation des soins

Acquisitiveness, match, network: The professional logic of the organization of care

Henri Bergeron ^{*}, Patrick Castel

*Sciences Po, centre de sociologie des organisations (CSO), CNRS, 19, rue Amélie, 75007 Paris,
France*

Résumé

Comme dans toute activité collective, la coopération en médecine constitue un problème central, autant pour les acteurs concernés que pour le sociologue qui l'étudie. Or, les travaux classiques de sociologie de la santé et de la médecine n'aident guère à penser ce problème. Réfutant l'idée selon laquelle les relations entre acteurs seraient déterminées par l'appartenance à des configurations institutionnelles telles que le segment professionnel ou la spécialité, le cadre d'analyse que nous proposons cherche également à aller au-delà de la seule description de phénomènes présentés comme strictement contingents. Pour comprendre efficacement les phénomènes de coopération et de conflit, nous soutenons ainsi qu'il est possible et heuristique de distinguer les professionnels en fonction de leur positionnement sur la chaîne thérapeutique et de leur mode d'engagement dans la stratégie de soins. En particulier, la coopération se fonde sur l'appariement entre un professionnel dit « captant », qui considère devoir assurer le suivi du patient tout au long des étapes qui scandent la curation et d'autres professionnels qui concourent leur intervention comme ponctuelle et limitée à une étape de la trajectoire thérapeutique.

Mots clés : Coopération ; Organisation ; Appariement ; Conflit ; Réseau ; Santé ; Sociologie des professions ; Sociologie des organisations ; Sociologie de la santé

Abstract

Cooperation in medicine, as in any group activity, is a key problem both for the persons involved and for sociologists. Classical studies in the sociology of health and medicine are of little help in conceptualizing this problem. While arguing against the idea that the affiliation with an institutional configuration — such as a professional segment or a specialty — determines relations between persons, this analysis seeks to move

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : h.bergeron@cso.cnrs.fr (H. Bergeron), p.castel@cso.cnrs.fr (P. Castel).

beyond the mere description of what is presented as being purely contingent. To understand phenomena related to cooperation and conflict, it is possible and worthwhile to distinguish among professionals as a function of their position in the therapeutic chain and their form of involvement in the strategy of care. Cooperation is based, in particular, on the match between “acquisitive” professionals who feel that it is their duty to follow up on a patient throughout the healing process and other professionals who see their intervention as being limited to one phase in the therapeutic itinerary.

Keywords: Cooperation; Organization; Match; Conflict; Network; Health; Sociology of professions; Sociology of organizations; Sociology of health

La médecine est une activité collective¹. Avec les progrès scientifiques et cliniques, la spécialisation des professionnels et des organisations, il est loin le temps où la prise en charge pouvait se décrire comme la rencontre labile entre un ou plusieurs médecins et un patient, à son domicile, ignorant et soumis à l’autorité experte (Starr, 1982). Non seulement la pratique clinique se fonde désormais sur des savoirs et savoir-faire collectivement constitués, partagés et validés² (Cambrosio et al., 2006; Foucault, 1963; Freidson, 1984), mais la prise en charge des patients se décompose en de multiples activités et tâches assurées par de nombreux acteurs; au point que l’on utilise fréquemment l’analogie industrielle de « chaîne » thérapeutique pour décrire ce qui est désormais un agencement complexe d’interventions et de professionnels. Dès lors, comme pour toute activité collective, la coopération entre acteurs « qui gardent chacun un degré d’autonomie et poursuivent des intérêts qui ne sont pas forcément convergents » (Friedberg, 1993, p. 352) constitue un problème central, autant pour les acteurs concernés que pour le sociologue qui l’étudie.

Dans le cas de la médecine, ce problème est d’autant plus remarquable que la prise en charge n’est pas censée obéir à une organisation de type hiérarchique. D’abord, elle se déroule rarement au sein de la même structure formelle dans laquelle seraient liées fonctionnellement, selon des schémas de coopération préétablis, toutes sortes de professionnels: pour un même problème de santé, les patients circulent entre la médecine de ville et l’hôpital, entre les cabinets de généralistes et les cabinets spécialisés et/ou entre services hospitaliers qui conservent une large marge d’autonomie. En dépit de tentatives récentes de régulation visant à préstructurer les parcours de soins (médecin traitant, réseau de soin, etc.) (Bercot et de Koninck, 2006; Cresson et al., 2003), les soins prodigués et la morphologie des trajectoires constatées demeurent, pour une large part, le produit d’une négociation et d’un travail d’organisation restés principalement endogènes. Ensuite, et surtout, le maître d’œuvre de la prise en charge — celui qui dessine, décide et orchestre le mouvement d’ensemble — n’est pas formellement désigné a priori³. En somme, il n’est pas aisé pour

¹ Nous remercions les personnes qui ont bien voulu lire une version antérieure de ce texte et nous éclairer de leurs commentaires bienveillants : Jérôme Aust, Olivier Borraz, Alberto Cambrosio, Sophie Dubuisson et Christine Musselin.

² Ce qui n’empêche pas, comme nous le verrons, l’existence de controverses, de désaccords et, plus généralement, une diversité d’approches concernant le traitement des problèmes de santé.

³ Certes, la récente réforme du médecin traitant a(vait) pour objectif de rendre le médecin généraliste maître de l’entrée et de la première orientation du patient dans le système de santé. Cependant, non seulement les syndicats ont obtenu que les médecins spécialistes conventionnés puissent aussi assumer ce rôle, ce qui constituait une première brèche dans la réforme, mais, de plus, la réforme ne précise pas quel acteur est responsable des décisions cliniques. De manière comparable, Magali Robelet, Marina Serré et Yann Bourgueil notent que les médecins généralistes ont peu investi les fonctions de coordination qui leur étaient dévolues dans le cas des réseaux gériatologiques et de soins palliatifs. Ils font

celui qui pénètre dans le système de santé de concevoir la forme qu'y prendra sa trajectoire, qu'il s'agisse des établissements, dispositifs, professionnels qu'il va être amené à visiter ou des types de soins qui vont lui être délivrés, parce que plusieurs traitements sont généralement envisageables pour un même problème de santé. Il apparaît ainsi décisif de comprendre comment se réalise concrètement la répartition des tâches lors de la prise en charge, comment elle s'organise et quels sont les ressorts de cette distribution fonctionnelle; et pourquoi tels professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux travaillent avec certains professionnels plutôt qu'avec d'autres et comment se forment et s'agencent ce que l'on reconnaît, a posteriori, comme des réseaux de soin. Dit autrement, il importe de saisir les mécanismes qui fondent cette plus ou moins grande auto-organisation et structuration réticulaire spécifique.

Or, la littérature existante ne fournit pas de réponse tout à fait satisfaisante à ces questions, comme nous le détaillerons plus loin: non seulement ces questions n'ont guère été explorées empiriquement par la sociologie des professions de santé, mais surtout, les quelques analyses consacrées aux dynamiques de coopération et de conflit dans le champ de la santé ne permettent pas de parfaitement rendre compte des constats que nous avons établis dans nos enquêtes.

À partir de la comparaison de trois types fort différents de prises en charge — celles du cancer, de la toxicomanie et de l'alcool-dépendance —, nous contestons l'idée selon laquelle la nature des relations entre acteurs professionnels serait déterminée de manière directe et quasi-exclusive par des variables institutionnelles, telles que l'établissement d'appartenance ou les structures formelles de coopération inter-établissements, ou l'appartenance à un segment, à une spécialité ou, plus généralement, à un groupe professionnel. Le cadre d'analyse proposé dans ces pages cherche également à aller au-delà des conclusions d'autres travaux qui s'attachent principalement à décrire des phénomènes coopératifs qu'ils présentent comme strictement contingents, c'est-à-dire chaque fois singuliers, et qu'aucune analyse ne peut complètement arracher à leur matière historique particulière. Il ne s'agit pas, bien sûr, dans ces pages de présenter une théorie générale de la coopération professionnelle entre les acteurs du champ de la santé. Notre ambition est significativement plus modeste: il s'agit de contribuer à éclairer les mécanismes qui président à la formation des réseaux de coopération entre les partenaires associés de la prise en charge. Nous soutenons ainsi qu'il est heuristique de distinguer les professionnels en fonction de leur positionnement sur la chaîne thérapeutique et de leur mode d'engagement dans la stratégie de soins. En particulier, la distinction entre des professionnels, que nous appelons « captants » parce qu'ils revendiquent un rôle central dans les décisions de traitement déterminant le parcours de soin et considèrent devoir assurer ou organiser seuls le suivi du patient tout au long des étapes qui scandent la curation, et d'autres professionnels, que nous appelons « non captants » parce qu'ils conçoivent, au contraire, leur intervention comme ponctuelle et limitée à une étape de la trajectoire thérapeutique, est une des distinctions qui permet de comprendre efficacement les dynamiques d'appariement⁴ et les phénomènes de coopération et de conflit entre partenaires associés dans la chaîne thérapeutique.

l'hypothèse que cette fonction est dévalorisée car elle est vue comme une fonction d'animation à côté de la fonction clinique qui, elle, est valorisée. Ils font l'hypothèse complémentaire que les médecins généralistes restent dépendants de l'expertise de confrères, qui détiennent les savoirs spécialisés sur les traitements des pathologies (Robelet et al., 2005).

⁴ Bien que notre problématique se rapproche de celle de Pierre-Michel Menger (1994, 1997) quand il étudie les « appariements » entre participants à la production artistique, des différences majeures empêchent de généraliser son analyse au cas de la santé. D'abord, les liens entre professionnels du soin en France ne sont pas de nature contractuelle et ne s'établissent pas dans le cadre d'un projet unique, comme pour la production artistique, mais sont informels et récurrents. Ensuite, et surtout, la relation entre professionnels de la prise en charge n'est pas une relation d'emploi. Nous avons, en revanche, conservé l'usage du terme « appariement » dans la suite du texte, car il exprime bien le caractère

1. Présentation des terrains d'enquête

Le cancer, la toxicomanie et l'alcoolodépendance⁵ sont des pathologies ou des troubles qui présentent quelques caractéristiques communes: ce sont des problèmes de santé pris en charge sur le long terme et qui impliquent potentiellement des spécialités médicales et des professionnels différents. Mais, pour le reste, les caractéristiques des maladies et leur étiologie ainsi que les intervenants et types de structures impliqués présentent des tableaux de départ suffisamment contrastés pour espérer que la comparaison soit heuristique et autorise des conclusions plus générales.

Dans le cas du cancer, les types d'intervenants et les structures sont multiples. En dehors des examens cliniques réalisés par les cliniciens, les principaux spécialistes du diagnostic sont les radiologues, les anatomopathologistes ou les spécialistes de médecine nucléaire. Les trois principales « armes thérapeutiques » du cancer sont la chirurgie, la radiothérapie et le traitement médical (chimiothérapie, immunothérapie ou hormonothérapie essentiellement) (Pickstone, 2007). Les spécialités concernées par la prescription et l'application des traitements sont nombreuses: spécialités d'organes médicales (gastroentérologie, dermatologie, pneumologie notamment) ou chirurgicales (urologie, gynécologie, chirurgie thoracique, ORL. . .) ou spécialités cancérologiques (oncologie médicale⁶, radiothérapie, chirurgie du cancer). Certains chirurgiens et radiothérapeutes ont l'autorisation de prescrire des traitements médicaux, en fonction de leur diplôme. Il est très fréquent que tous ces intervenants ne travaillent pas au sein de la même structure; ils peuvent travailler indifféremment en cabinet, en clinique, en centre de lutte contre le cancer (il s'agit de 20 hôpitaux privés participant au service public hospitalier, fondés dès les années 1920 et s'étant vus confier des missions d'enseignement, de soin et de recherche) ou à l'hôpital public.

Il conviendrait de présenter successivement les cas du traitement de la toxicomanie et de l'alcoolodépendance, qui restent différents à de nombreux égards, mais le format de cet article ne le permet guère et nous mettrons l'accent sur leurs similitudes. Les deux pathologies peuvent conduire à deux types d'interventions: les interventions qui visent les causes supposées (le soin à proprement parler) de la toxicomanie ou de l'alcoolodépendance et les interventions dont l'objectif principal est la réduction des conséquences sanitaires liées à la pratique addictive. Le soin de l'addiction (alcool ou drogues illicites) suppose de s'attaquer aux dépendances physiques

bilatéral des relations, l'idée de choix (même contraint) des protagonistes qui décident de travailler ensemble et celle d'association d'acteurs aux logiques de travail mutuellement compatibles.

⁵ Quelques-unes des conclusions présentées ici ont connu de premiers développements dans un précédent rapport de recherche (Bergeron, 2003), sur la base de matériau récolté lors d'une vaste étude financée par l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), et réalisée en collaboration avec les étudiants du master de sociologie de l'action de l'Institut d'études politiques de Paris (promotion 2001). D'autres publications sur les champs de la toxicomanie et de l'alcoolisme ont été produites (voir notamment Bergeron, 1996, 1999). Que ces partenaires soient ici chaleureusement remerciés pour leur contribution à cet article. On notera également que ces résultats sont fondés sur des études qui ont été réalisées avant que ne soient, ou juste au moment où ont été entreprises de profondes réformes visant notamment à rapprocher les structures de soins pour toxicomanes de celles créées pour s'occuper des personnes en difficulté avec l'alcool. Nous pensons toutefois que ces transformations ne remettent guère en cause les fondements et la pertinence du cadre d'analyse générique (c'est-à-dire qui dépasse le seul cas de ces deux champs) proposé. Pour ce qui concerne la prise en charge du cancer, son organisation et ses récentes évolutions ont été étudiées grâce au soutien de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (1999–2002), puis du réseau de cancérologie ONCOR (2003–2007) (voir notamment Castel, 2005, 2007 et Castel et Friedberg, 2010).

⁶ Les oncologues médicaux sont spécialisés dans les traitements médicaux du cancer.

et psychologiques. Sur la base de la réussite d'un sevrage qui s'attelle à la dépendance physique, doivent débiter les soins de la dépendance psychologique. Afin d'y parvenir, plusieurs types de techniques thérapeutiques sont disponibles: suivi ambulatoire d'ordre psychologique ou psychosocial, communauté thérapeutique, etc. Dans le cas de l'addiction aux opiacés, il existe en sus des traitements dits de substitution. Existente également des interventions plus palliatives, qui visent à réduire les conséquences délétères des pratiques addictives (dégradation de la situation sanitaire, contamination par le VIH dans le cas de la toxicomanie par injection, septicémie, abcès, etc.). Il s'agit là de pratiques de santé publique dites de « réduction des risques ». Le soin des alcoolodépendants et des toxicomanes engage une kyrielle d'intervenants différents qui peuvent tous, en théorie, revendiquer un rôle central dans l'organisation des soins: centres d'accueil pour le suivi (psychologues, psychiatres, médecins, assistantes sociales, etc.), unités d'hospitalisation pour le sevrage, secteurs psychiatriques, centres de post-cure, centres de distribution de méthadone, associations d'anciens dépendants, structures de réduction des risques, etc. Rares sont les structures qui concentrent en leur sein l'ensemble de l'offre thérapeutique et sont susceptibles ainsi de subvenir à tous les besoins de tous les patients. Le plus souvent, le soin résulte de la coordination et de la coopération, plus ou moins réussies, de partenaires multiples et variés, aux croyances et techniques thérapeutiques des plus diverses, voire antagonistes.

La confrontation *a posteriori* de ces deux terrains de recherche⁷ fut permise par l'utilisation d'un cadre conceptuel minimum commun⁸ et la mise en œuvre d'une méthodologie de recherche comparable. Elles ont, en effet, été conduites en empruntant, en particulier, à l'analyse sociologique de l'action organisée (Crozier et Friedberg, 1977; Friedberg, 1993). Cette méthodologie de recherche privilégie l'administration et l'analyse d'entretiens semi-directifs, afin de cerner les principaux enjeux liés à l'activité des acteurs, d'identifier les autres acteurs avec lesquels ils sont en relation pour l'exercice de leur activité et de comprendre et de qualifier la nature des relations d'interdépendance, donc de pouvoir déterminer ce qui relie ou oppose les acteurs en relation.

2. Comment rendre compte des coopérations professionnelles dans le champ de la santé ?

Une bonne part des analyses, issues de la sociologie de la santé ou de la sociologie des professions, ne permet pas de rendre compte, de manière satisfaisante, des processus qui, dans les cas que nous avons étudiés, président à l'organisation concrète des soins et à la dynamique des coopérations et des conflits entre professionnels de santé aux moments de l'orientation des patients, de la planification, de la mise en œuvre et du suivi des traitements.

D'abord, et de manière assez anecdotique, peu d'approches se sont empiriquement penchées sur ces questions de façon élaborée. Pour ne citer que deux exemples emblématiques, il est notable que la constitution des réseaux (informels) de médecins occupent seulement quelques pages de l'ouvrage fondateur de Eliot Freidson sur *La profession médicale* (Freidson, 1984,

⁷ Certaines des principales conclusions présentées dans ce texte ont été originellement tirées pour les champs de la toxicomanie et de l'alcoologie (Bergeron, 2003). Le fait que des conclusions proches aient été dressées pour le champ de la cancérologie (Castel, 2005, 2007), sans référence immédiate aux précédents travaux, ont amené les auteurs à reprendre leurs données, à systématiser la comparaison de leurs terrains et à élaborer la présente analyse.

⁸ D'autres perspectives théoriques ont nourri chacune de ces recherches, mais elles se situaient toutes deux dans une perspective de sociologie compréhensive de l'action d'inspiration wébérienne.

p. 199–204). Il est également significatif que Anselm Strauss et ses collègues, dans leur analyse de l'ordre négocié à l'hôpital, choisissent explicitement de se centrer sur la capacité des profanes à influencer cet ordre plutôt que sur l'étude des relations entre professionnels (Strauss, 1992, p. 87-112). Ensuite, et plus fondamentalement, ceux qui se sont intéressés plus abondamment à ces dimensions parviennent à des conclusions qui demeurent partiellement insatisfaisantes. Sans prétendre à l'exhaustivité, on peut schématiquement repérer trois corpus d'analyses.

Une première série d'auteurs a cherché à faire des luttes collectives qui divisent en sous-groupes relativement homogènes l'intérieur de la profession médicale l'explication principale des difficultés de coopération censées exister entre professionnels issus d'ensembles concurrents. Les spécialités, notion indigène souvent reprise par les sociologues (Weisz, 2005; Pinell, 2005) et leurs caractéristiques essentielles, qui sont au principe de la différenciation endogène, sur-détermineraient ainsi, pour ces auteurs, l'organisation de la prise en charge locale, et partant les mécanismes, supposés plus qu'explicités, de coopération et les conflits entre professionnels concernés (Faure, 2005; Halpern, 1992; Pickstone, 2007; Pinell, 2005). Nos recherches montrent pourtant de nombreux cas de conflits et coopérations parfaitement indépendants de cette compétition collective et de cette concurrence entre spécialités, segments ou groupes professionnels. Symétriquement, appartenir à la même spécialité, au même segment ou au même groupe professionnel n'apparaît pas non plus, dans nos recherches, comme la garantie d'une coopération épanouie. Dans le champ du cancer, nous avons ainsi rencontré des oncologues médicaux, par exemple, qui travaillaient en parfaite intelligence avec des spécialistes d'organes et s'estimaient, en revanche, en concurrence avec d'autres médecins relevant pourtant des mêmes spécialités que leurs partenaires de soin. Le même constat peut être établi dans le cas de la prise en charge de la toxicomanie et de l'alcoolodépendance: il nous est arrivé de constater que, dans telle ville, les associations d'anciens buveurs, par exemple, travaillaient sans frottement avec « leur » centre de consultation ambulatoire en alcoologie de proximité situé à l'hôpital, et que dans telle autre, ce n'était point le cas. Finalement, accorder un primat à la spécialité (ou à toute autre formation professionnelle) comme variable explicative ne permet pas de rendre compte de la diversité des situations locales de division du travail entre spécialités, institutions et professionnels.

D'autres auteurs, sociologues (par exemple: Bercot, 2006; Schweyer, 2005) mais aussi professionnels, font, eux, du partage de croyances similaires concernant la conception du « bon » soin, la clé d'épanouissement des coopérations entre professionnels de santé. Une nouvelle fois, les travaux que nous avons menés sur des terrains fort différents montrent que des acteurs aux convictions très différentes de ce que doit être la stratégie thérapeutique pour une pathologie donnée, ou pour un patient donné, parviennent à coopérer, tandis que d'autres acteurs aux perspectives similaires se trouvent être, au contraire, en situation de conflit, d'évitement ou plus généralement de non-coopération. Ainsi, des psychologues de différents centres de soins pour toxicomanes, qui partagent pourtant des croyances très similaires sur ce qu'il convient de faire et de ne pas faire en matière de thérapie, dans un champ où les différends cognitifs et axiologiques entre professionnels sont extrêmement forts — entre psychanalystes qui refusent de donner des médicaments psychotropes, par exemple, et des médecins qui ont une acception plus biologique des mécanismes de genèse de la toxicomanie —, parviennent difficilement à coopérer.

Inversement, des professionnels qui ne partagent pas nécessairement de croyances sur ce que doit être le soin à un instant de la trajectoire d'un patient peuvent se mettre d'accord, parfois taci-

tement, sur des versions compatibles de leur activité. Pareille forme de coopération se retrouvait⁹ dans le champ de la toxicomanie entre certaines équipes de « réduction des risques » qui concevaient l'aide sociale et sanitaire (trouver un logement, soigner les infections, etc.) pour des toxicomanes dans des situations médicales et sociales très dégradées comme devant être première et certains psychothérapeutes d'inspiration psychanalytique qui estimaient qu'offrir une aide sanitaire et sociale immédiate reproduisait la « logique de l'urgence » dont seraient précisément prisonniers les toxicomanes: les conflits normatifs et cognitifs qui les opposaient ne les empêchaient pas de circonscrire des territoires de rencontre sur lesquels pouvaient s'articuler, sans trop de frottement, leurs différentes interventions. La même analyse peut être menée dans le champ du cancer, où deux conceptions des traitements, schématiquement, s'affrontent: une approche par organe et une approche par pathologie (Castel et Friedberg, 2010; Pinell, 1992). Or, des spécialistes d'organes collaborent très souvent avec des cancérologues, qu'ils soient spécialistes des radiations, des traitements médicaux ou de la chirurgie, et inversement, les cas où des cancérologues entre eux, ou des spécialistes d'organes, s'estiment en concurrence ou sont dans des relations conflictuelles, sont extrêmement fréquents.

Enfin, on peut repérer une troisième perspective théorique fort différente des précédentes, illustrée par les travaux interactionnistes d'A. Strauss et des auteurs qui s'inscrivent dans leur lignée (Baszanger, 1986; Ménoret, 1999). Elle ne lie pas explicitement et directement l'organisation de la prise en charge et la dynamique des appariements entre acteurs du soin à la structuration en segments professionnels qu'A. Strauss lui-même, avec Rue Bucher, avait pourtant mise en évidence (Bucher et Strauss, 1961). Les conclusions de leurs recherches révèlent plus volontiers l'existence d'un « ordre négocié », local et contingent, dans lequel les différents intervenants de la prise en charge interprètent et s'ajustent en temps réel, en fonction des attentes des autres intervenants et des aléas de la prise en charge du malade et de sa maladie. Pour de nombreux interactionnistes, les conflits et coopérations débusqués trouvent en effet leurs fondements principaux dans les conditions à chaque fois renouvelées de l'interaction professionnelle, au point que la quête de déterminants ou facteurs qui dépassent la singularité des conditions locales immédiates de leur réalisation soit jugée si ce n'est illégitime du moins illusoire. Certes, nous l'avons vu, la spécialité du professionnel qui est responsable de la planification initiale des traitements et de l'orientation des patients vers les autres professionnels, et donc la forme de l'organisation du travail entre professionnels, est variable aussi bien dans le cancer que dans la toxicomanie ou l'alcool-dépendance et ces constats semblent compatibles en première instance avec une analyse en termes d'ordre négocié. Pour autant, il serait risqué de conclure que l'organisation de la prise en charge et les coopérations professionnelles qui s'en réclament sont des construits sociaux parfaitement instables, sans cesse renégoiés dans le cours d'une interaction à chaque fois inédite. Une fois encore, les résultats de nos recherches manifestent l'existence de formes stables de relations entre partenaires de soins. Comme le résume Florent Champy, « l'ordre de l'interaction n'est pas remis en question à chaque accident de la coopération » (Champy, 2009, p. 111).

En effet, qu'il s'agisse du cancer, de la toxicomanie ou de l'alcool-dépendance, les relations entre professionnels s'inscrivent le plus souvent dans la durée et tout intervenant, quand on l'interroge, est capable de citer un certain nombre de partenaires privilégiés, appelés souvent « correspondants » ou « référents », avec lesquels il collabore de façon régulière, qui lui adressent

⁹ Nous utilisons ici le passé, dans la mesure où ce type de conflits cognitifs a eu tendance, ces dix dernières années, à s'estomper. Mais le caractère historique « dépassé » de la substance de la querelle ne remet pas en cause le principe sous-jacent à la formation de la coopération que nous voulons ici souligner.

des patients ou lui confient des tâches et à qui, réciproquement, il confie des patients ou certaines tâches, dans le cadre de routines et de protocoles organisationnels reconduits d'une prise en charge à l'autre.

3. Éléments de différenciation professionnelle: types de patients, positionnement et engagement

Peu d'analyses se sont attachées à différencier les professionnels en fonction du positionnement qu'ils choisissent d'occuper sur la chaîne des soins et des différents engagements professionnels possibles associés à ces positionnements. Pourtant, la mise en évidence de ces différents positionnements et engagements professionnels a une valeur heuristique certaine en ce qu'elle permet d'expliquer, en exhibant son mécanisme élémentaire et essentiel, la formation des réseaux et la coopération entre professionnels.

3.1. Le positionnement dans la chaîne thérapeutique

Que ce soit pour le cancer, la toxicomanie ou l'alcoololo-dépendance, différents types d'interventions jalonnent possiblement la trajectoire d'un patient dans l'espace thérapeutique:

- interventions de diagnostic et d'aide au diagnostic: tests physiques, examens biologiques, entretiens avec un psychologue, administration de questionnaires permettant d'établir le profil d'un patient sur une échelle psychologique, etc.;
- interventions curatives proprement dites, lesquelles peuvent être multiples pour un même problème de santé. Ces interventions peuvent être complémentaires, comme la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie dans les cancers du sein, ou la psychothérapie et l'administration d'antidépresseurs dans le cas de la dépression; mais elles peuvent être également alternatives, comme la chirurgie et la radiothérapie dans certaines formes de cancers de la prostate ou la chirurgie vs la radiothérapie avec la chimiothérapie dans certains cancers ORL, ou la psychothérapie d'inspiration analytique et l'administration d'anxiolytiques pour la réduction des névroses;
- interventions palliatives¹⁰ ou de support, qui désignent les activités de soulagement de la douleur physique ou psychologique, les soins annexes, de maintien de vie et, dans le cas de certaines pathologies ou troubles, de traitements des conséquences psychologiques ou somatiques de la pathologie;
- interventions post-curatives de surveillance et de prévention, censées diminuer les risques de récurrences ou les repérer le plus tôt possible.

La chaîne du soin s'organise, schématiquement, selon une logique temporelle et séquentielle, bien qu'il faille admettre de nombreuses exceptions à une règle trop générale pour épuiser la diversité des cas de prises en charge: non seulement toutes les étapes ainsi posées ne sont pas

¹⁰ On sait bien que, pour un nombre considérable de pathologies ou de troubles, on ne peut pas parler *stricto sensu* de curation, mais plus certainement de palliation, comme c'est le cas de manière archétypale pour le diabète. Nous ne souhaitons guère contribuer à ce débat, et admettons, par convention, dans un souci de simplification, que les activités curatives sont celles qui ont pour objectif le traitement de la pathologie ou du trouble à proprement parler et non de certaines de ses conséquences.

toujours réalisées, mais il arrive que certaines d'entre elles s'accomplissent de manière simultanée ou qu'un traitement précède un examen diagnostique approfondi.

3.2. *Des dispositifs et des professionnels sélectifs*

Le positionnement préférentiel sur une ou plusieurs étapes de curation a des conséquences notables en termes de recrutement/approvisionnement de patients: les professionnels « curatifs » tendent typiquement à rechercher et à retenir dans l'espace clinique des populations qui présentent des caractéristiques compatibles avec les normes de fonctionnement qu'ils ont établies. Ils tentent, à cette fin, de construire un environnement de fournisseurs susceptibles de leur adresser autant que possible une clientèle conforme à leurs exigences.

À l'instar d'A. Strauss et ses collègues qui constataient que « chaque service essaie de minimiser la diversité de son produit médical en ayant des malades atteints de maladies similaires ou dans un état similaire » (Strauss, 1992, p. 194), les professionnels du cancer, de la toxicomanie et de l'alcoolologie sont à la recherche de « malades », qui souffrent de la pathologie pour laquelle ils se sont spécialisés, pour laquelle ils se définissent compétent et qui sont compatibles avec les orientations thérapeutiques de leur institution, souvent spécialisée sur un type de clientèle, de pathologie, de soins, etc. Ce constat peut paraître banal mais on verra par la suite que l'envoi de patients « non malades » vers des professionnels au positionnement curatif principal est une source réelle si ce n'est de conflit du moins d'incompréhension et d'évitement. Ce souci de construction de réseaux d'approvisionnement en patients conformes se retrouve dans les trois champs étudiés. Les professionnels du soin de la toxicomanie et de l'alcoolologie qui s'intéressent au traitement de l'addiction à proprement parler cherchent à établir des relations avec des « fournisseurs » qui sont susceptibles de leur envoyer des patients qui sont motivés à l'arrêt de leur intoxication. Ils ne sont guère « intéressés » par des usagers occasionnels ou des alcooliques ou toxicomanes qui estiment que leur addiction n'est pas un problème et qui, bien que dépendants, donc « malades », ne voient pas l'utilité du soin. De leur côté, les cancérologues cherchent à bâtir des relations durables avec des médecins qui auront procédé aux premiers examens de manière à ce que les patients qu'ils leur adresseront souffrent d'un cancer avéré ou, du moins, présentent des troubles avec de fortes présomptions de cancer, de manière à ne pas « perdre leur temps » avec des patients qu'ils ne traiteront finalement pas¹¹.

La « bonne » prise en charge, celle qui se réalise dans de bonnes conditions, résulte ainsi de la rencontre circonstanciée entre un acteur positionné sur une étape particulière de la chaîne thérapeutique et un patient rendu à certain point de sa trajectoire — en l'espèce, celle de malade — et présentant des caractéristiques particulières. Les professionnels du soin de la toxicomanie, qui prodiguent, par exemple, des soins essentiellement psychothérapeutiques, s'adressent principalement à une clientèle particulière, celle qui se sent prête à s'investir dans pareille démarche autoréflexive. Certaines autres structures pratiquent des soins dans ce que l'on appelle des « communautés thérapeutiques », dans lesquels le groupe et la pression normative des pairs jouent un rôle essentiel dans l'efficacité thérapeutique, ce qui suppose un profil singulier de patients « assimilables » par l'organisation. Dans le cadre du traitement du cancer, les cancérologues peuvent se spécialiser sur certains cancers (sein, prostate, etc.) mais également sur certaines phases de la maladie (phase initiale, rechute, métastases...). Ils peuvent accepter d'être un recours dans le cas de récurrences

¹¹ L'apparition d'une tumeur n'est pas synonyme de cancer ; il existe un grand nombre de tumeurs qualifiées de bénignes.

ou, au contraire, préférer intervenir « en première ligne » dans le traitement. Mais dans tous les cas, ils doivent se voir confrontés aux « bons » patients.

On retrouve ici des constats déjà bien établis par la sociologie de la santé: les dispositifs et/ou les professionnels curatifs sont tendanciellement sélectifs et recrutent une clientèle susceptible d'épouser les formes et carrières thérapeutiques qu'ils ont conçues à son endroit (voir par exemple, Freidson, 1984; Herzlich, 1973). Il convient, cependant, d'analyser cette sélection des patients de manière systémique et pas seulement du seul point de vue du praticien, service ou établissement considéré, comme les études existantes tendent trop à le privilégier. Comme nous l'avons montré ailleurs (Bergeron, 1996, 1999, 2003; Castel, 2005), la sélection des patients n'est pas seulement essentielle au contentement professionnel individuel (« je soigne le patient pour lequel je suis compétent »); elle est également fondamentale au maintien de réseaux stables de coopération: un patient est réputé « bien sélectionné » quand ses caractéristiques tant pathologiques que sociales maximisent une capacité de circulation sans frottement dans la toile thérapeutique tissée à son endroit par les partenaires de la prise en charge.

3.3. *L'engagement associé au positionnement*

Dans le cadre de ces activités liées à la curation d'un trouble ou d'une pathologie, nos terrains montrent qu'il existe deux formes typiques d'engagement thérapeutique.

Soit le professionnel conçoit son intervention comme ponctuelle, c'est-à-dire limitée dans le temps et à une étape spécifique de la chaîne thérapeutique: accueil et orientation (porte d'entrée dans le dispositif), premiers soins et soins annexes, tests et examens complémentaires, étapes thérapeutiques d'une durée limitée, etc. Dans ces conditions, le professionnel doit articuler son activité à celle d'un réseau susceptible non seulement de l'approvisionner en « bons patients » mais également, voire surtout, de prendre le relais une fois l'étape menée à terme; ces professionnels considèrent ainsi être un des maillons d'une chaîne thérapeutique qu'ils ne contrôlent pas dans sa totalité. La dernière phrase de la citation suivante montre, cependant, que ce type d'engagement n'est pas toujours délibéré; certains professionnels se sentent contraints d'accepter, davantage qu'ils ne choisissent d'être confinés à l'exécution d'une partie de la prise en charge.

« Q: Donc, si j'ai bien compris, pour les sarcomes, vous intervenez ponctuellement et ça bascule. . .

R: . . . sur une équipe spécialisée. Moi, je ne gère pas du tous ces patientes-là. D'abord, parce que je ne fais que de la chirurgie. Après, elles ont une chimio et je ne gère pas les chimio. Et s'il y a une récurrence, la prise en charge se fera par l'équipe du centre. S'il y a des métastases, n'en parlons pas, elle aura de la chimiothérapie au centre. C'est le problème des chirurgiens: on n'a qu'une partie de la prise en charge et le reste de l'histoire se passe ailleurs.¹² » Entretien avec un chirurgien libéral.

Soit le professionnel considère devoir assurer, autant que faire se peut, le suivi du patient tout au long des étapes qui scandent la curation. Il entend alors assumer seul les décisions structurant l'itinéraire thérapeutique d'ensemble, réaliser le suivi du patient et de la prise en charge et maîtriser l'information. En un mot, il estime devoir maîtriser de manière exclusive, ou avec ses proches

¹² Précisons qu'on trouve des points de vue symétriques chez des cancérologues qui se plaignent de ce que les chirurgiens, qui voient généralement le patient avant eux, « gardent la main » sur les patients et les confinent à un rôle d'intervenants ponctuels.

collaborateurs qu'il consulte à l'occasion, ce que les professionnels médicaux appellent eux-mêmes « la stratégie thérapeutique » ou ce qu'A. Strauss nomme « le schéma de trajectoire ». Ce professionnel, en conséquence, n'a besoin de coopérer avec d'autres professionnels ou structures, médicales ou non, que dans les cas où la prise en charge nécessite une prestation ou une ressource qu'il ne possède pas lui-même ou dans l'institution dans laquelle il travaille, ou encore lorsque l'administration de cette prestation ne l'intéresse pas. Ces professionnels doivent, autant que possible, maintenir des liens serrés avec les patients et rester leur référent principal tout au long de leur parcours thérapeutique: ils se conçoivent donc comme le centre d'un réseau disposé en étoile et tentent d'établir, dans cette optique, des relations avec les professionnels ou les structures susceptibles de leur « renvoyer » les patients après intervention.

« Ce qu'on a réussi à faire, c'est dire: "On n'est pas des prestataires de service. Vous nous adressez les malades et on décide ce qu'on fait". Ça, on peut se le permettre, parce qu'on a une position dominante. » Entretien avec un radiothérapeute, centre de lutte contre le cancer.

Nous qualifions ces professionnels de « captants » au sens où ils tentent de maintenir le patient dans la toile thérapeutique¹³.

4. Dynamiques des coopérations et de conflits

Sur la base de ces éléments, nous soutenons que ce sont i) l'orientation de patients conformes et ii) la combinaison d'un engagement captant avec des engagements non captants, qui forment les conditions nécessaires à l'établissement de coopérations durables entre acteurs de santé dans le cadre d'une prise en charge collective. Inversement, nous soutenons que les conflits tendent à se produire: i) quand se réalise une mauvaise orientation, c'est-à-dire lorsqu'un des partenaires de la chaîne, qu'il ait un engagement ponctuel ou de suivi, se voit confronté à une population non conforme à ses exigences institutionnelles, organisationnelles et/ou thérapeutiques (ces trois dimensions étant liées); ii) quand des structures ou des professionnels captants tentent de travailler avec des structures ou des professionnels qui le sont tout autant — la compétition sur le suivi, la (re)définition et la maîtrise de la stratégie thérapeutique a généralement des effets délétères sur les relations qu'ils entretiennent (quand ils en entretiennent et qu'ils n'ont pas tout simplement appris à ne point se lier); une coopération stabilisée peut également se détériorer au cours du temps si des professionnels non captants cherchent à le devenir —; iii) quand des partenaires qui se veulent tous non captants sont associés dans le cadre d'une prise en charge: le renvoi d'une structure à l'autre ou d'un professionnel à l'autre est souvent le destin de ceux dont personne ne veut assumer la charge sur la durée et maîtriser la trajectoire. Et on peut finalement relire la diversité des situations locales rencontrées sur nos différents objets comme autant de variations autour de ces deux thèmes communs, la sélection des patients et l'appariement croisé (captant/non captant) des engagements curatifs.

¹³ Il est possible de relire avec nos catégories d'analyse la description qu'Isabelle Baszanger (1995) avait faite de deux fonctionnements type d'équipes spécialisées dans la médecine de la douleur, certaines se positionnant pour « rendre service » à d'autres services et, partant, intervenant ponctuellement, tandis que d'autres cherchent à gagner une fonction de « coordinateur ».

4.1. Adressage, clientèle conforme et conflits

On peut trouver une illustration des conflits liés à l'aiguillage d'une clientèle non conforme dans le cas des relations qui unissent services de justice et institutions spécialisées dans le traitement de l'alcool-dépendance ou dans celui de la toxicomanie: les premiers adressent souvent aux secondes des patients qui ne sont pas des dépendants avérés, mais des consommateurs occasionnels ou abusifs relevant d'une intervention principalement préventive et qui ne cadrent pas avec la cible principale de l'activité déployée. Pendant longtemps en effet, les dispositifs spécialisés de soins de l'alcool-dépendance et de la toxicomanie ont revendiqué un engagement principal *curatif* qui ne les rendait guère disponibles et inclinés à traiter, ou même à simplement recevoir, des personnes qu'ils ne considéraient pas comme des patients prioritaires.

« Ce que nous demande la Justice, ce n'est pas un travail de soin, c'est un travail éducatif [la relation éducative agit sur le surmoi alors que la relation transférentielle travaille l'inconscient/le ça]. Les thérapeutes ne sont pas habitués à livrer une telle prestation. La Justice ne comprend pas que l'éducation, ce n'est pas les soins. » Entretien avec un psychologue, centre de consultation ambulatoire en alcoologie.

« C'est le tribunal qui nous envoie des personnes soumises à une injonction de soins. Cette population n'est pas très motivée. Ils sont nombreux et nous sommes dépassés. C'est pareil pour les patients qui viennent sous le chantage de leur médecin du travail [certains médecins du travail conditionnent la signature d'un certificat d'aptitude d'un travailleur alcoolique au fait qu'il se soigne]. » Entretien avec une animatrice, centre de consultation ambulatoire en alcoologie.

Dans la prise en charge du cancer, les conflits liés à l'adressage défectueux sont, par exemple, ceux qui concernent l'envoi, par des médecins, généralistes ou spécialistes, de patients en fin de vie à des structures ou à d'autres professionnels qui souhaitent intervenir sur des cancers moins avancés. Ce type de conflits se rencontre souvent entre des gériatres, qui se plaignent de la tendance de certains hôpitaux ou cliniques spécialisés dans le soin à leur adresser des personnes âgées en fin de vie, c'est-à-dire souvent pour lesquels les traitements ont échoué et les autres spécialistes du traitement du cancer (chirurgiens, chimiothérapeutes, radiothérapeutes).

« Nous, ce qu'on veut bannir, c'est le "Je ne peux plus rien faire, il est pour toi". Non, la gériatrie ce n'est pas ça ! Je n'ai pas la prétention d'être Héraclès et de nettoyer les Écuries d'Augias ! [...] en gros, la vision de certains spécialistes, c'est que la gériatrie, on nous balance tous les malades que l'on ne veut pas avoir, donc, c'est le rejet. Donc, ça existe toujours et, pour nous, c'est un combat permanent. » Entretien avec un gériatre, centre hospitalier universitaire.

On rencontre aussi fréquemment des oncologues médicaux qui se plaignent d'être considérés comme derniers recours par des chirurgiens, lorsque la maladie a évolué vers un stade métastatique, alors qu'ils souhaiteraient pouvoir intervenir plus en amont de la maladie.

4.2. Appariement d'engagements, coopérations et conflits

La combinaison d'un engagement captant avec des engagements non captants forme une autre condition à l'établissement de réseaux stabilisés. C'est souvent le cas des relations qui unissent des unités d'alcoologie des hôpitaux et des associations d'anciens buveurs. Les unités d'alcoologie

insistent pour que les associations d'anciens buveurs, organisation réputée captante, se rendent dans les locaux de l'hôpital, en dépit parfois de grandes différences de conception de ce que doit être la « bonne thérapie » : se limitant, en général, à la réalisation du sevrage physique, n'ayant souvent guère les ressources de pratiquer des consultations de suivi curatif post-sevrage, ces unités attendent des associations d'anciens buveurs qu'elles viennent précisément capter une clientèle tentée de se fixer dans l'univers rassurant de l'hôpital et acceptent pour cela que les associations fassent le tour des hospitalisés et tiennent même des conférences de présentation de leurs mérites et succès thérapeutiques en leur sein.

« Avec les associations d'anciens buveurs, on a un devoir. Chaque semaine, à tour de rôle, un représentant d'une association d'anciens buveurs intervient avec une infirmière. Cela fait partie de notre programme. Et tous les soirs, quelqu'un d'une association tient une permanence. C'est pour tous les hospitalisés. Nous, là, on n'intervient pas du tout, on n'est pas témoin de ces réunions. Cela se passe bien. Une ou deux fois par an, on répond à une association. » Entretien avec un médecin, unité d'alcoologie.

À l'inverse, les méfiances, les incompréhensions, la concurrence, voire les conflits se rencontrent quand des professionnels captants tentent de travailler avec des professionnels qui le sont tout autant. C'est fréquemment le cas, par exemple, entre le secteur psychiatrique et certains centres de soins pour toxicomanes ou des structures pour alcoolo-dépendants.

« Si, au centre de consultation ambulatoire en alcoologie, on détecte une maladie mentale sous-jacente, on envoie le patient au centre médico-psychologique (CMP), mais le CMP capte le patient et le suivi devient exclusif au CMP, alors que le patient présente un problème psy mais aussi un problème d'alcool. [...] Là-dessus, on n'est pas d'accord avec eux. » Entretien avec une intervenante communautaire, centre de consultation ambulatoire en alcoologie.

« Il y a plein de structures qui ferment la porte dès que vous leur confiez un jeune. Elles se l'approprient sous prétexte de l'anonymat et de la confidentialité. Quand je téléphone à X [NDLR: un autre médecin de centre de soins spécialisé avec unité d'hospitalisation dépendant du secteur psychiatrique], je ne peux même pas savoir si un jeune est hospitalisé là-bas. Alors je fonctionne par réseaux personnalisés. Là, au moins, je ne perds pas le contact. » Entretien avec un psychologue, centre spécialisé de soins pour toxicomanes.

En général, les conflits dans le champ de la toxicomanie et dans celui de l'alcoologie opposent typiquement deux structures, ou plus précisément deux professionnels situés dans deux institutions, qui sont polarisées sur le versant curatif de la prise en charge, quelle que soit leur orientation thérapeutique (psychanalyse, traitement de substitution, suivi socio-éducatif, etc.) et qui revendiquent chacun/chacune l'exclusivité de la maîtrise de la stratégie thérapeutique, du suivi curatif¹⁴ et des décisions concernant son devenir thérapeutique¹⁵.

¹⁴ Nous précisons « suivi curatif » dans la mesure où ce qui intéresse ici les thérapeutes et médecins, c'est le suivi effectué pendant les étapes qui jalonnent le processus de curation. Un suivi post-traitement, entrepris afin de surveiller de possibles récurrences, n'est pas, lui, considéré par les professionnels comme particulièrement valorisant et nécessitant l'engagement de ressources et d'énergie pour en conserver la maîtrise. Ainsi, par exemple, le suivi post-traitement d'une tumeur cancéreuse, suivi considéré comme routinier, ne sera guère disputé et bien volontiers abandonné à d'autres professionnels, à la condition expresse d'être assurés que ces professionnels leur renverront les patients en cas de suspicion de récurrence.

¹⁵ Ces conflits autour de la captation possible de clientèle ont été décelés au sein même de structures de soins pour toxicomanes, et dans lesquelles réaliser le premier accueil — décisif pour s'installer comme référent durable du

« Il faut pouvoir composer et s'adapter. On devrait en théorie considérer qu'une personne quitte un établissement pour un autre. Or, personne ne fait la jointure comme cela. Ce n'est pas vrai. C'est important qu'il y ait un endroit où la personne puisse se stabiliser. [...] Mais ce n'est pas évident à instaurer. Chacun doit avoir peur de perdre quelque chose. Il y a cette toute-puissance du médical qui se pense souverain. » Entretien avec un responsable, centre d'hébergement.

« La question de demain est que l'alcoologie ne disparaisse pas au profit de la médecine générale. Il y a une réalité du patient qui échappe dans d'autres circuits de soins, le médecin qui a investi et établi la relation avec le patient est un peu amer si son patient passe dans une structure différente, en médecine générale. » Entretien avec un responsable, centre de consultation ambulatoire en alcoologie.

De manière tout à fait comparable, les conflits dans le champ du cancer concernent aussi la maîtrise de la trajectoire des patients et opposent fréquemment des professionnels qui sont susceptibles de réaliser au moins l'un des trois traitements principaux du cancer: chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie. Certes, comme des textes de la littérature classique en sociologie l'ont déjà mis en évidence (Hall, 1946; Freidson, 1984), des chirurgiens auront tendance à être en concurrence avec d'autres chirurgiens. Mais ces coopérations ou les conflits nous paraissent plus « lisibles » à l'aune du cadre d'analyse développé dans ces pages: les conflits existent parce que certains professionnels refusent d'être « les prestataires » des autres, c'est-à-dire refusent d'être cantonnés au rôle d'administrateur d'un traitement se situant dans un schéma thérapeutique dont le plan d'ensemble a été défini par d'autres professionnels. Inversement, des coopérations s'épanouissent quand les professionnels d'un des établissements acceptent d'intervenir ponctuellement au service d'un maître d'œuvre. Les deux cas suivants, dans deux régions différentes, sont particulièrement significatifs: dans deux types d'établissements différents, deux professionnels sont pareillement stigmatisés par leurs pairs, qui leur reprochent d'accepter d'appliquer le traitement décidé par des confrères d'autres établissements, tandis qu'eux-mêmes revendiquent une place plus manifestement captante.

« Je suis le référent¹⁶ de l'hématologie du CHU, du digestif et de l'onco-pédiatrie. [...] La prestation de service, ça passe encore pour de la prostitution [au sein du centre de lutte contre le cancer] [...] Qui dit prestation de service dit, pour les gens [du centre de lutte contre le cancer], subir une prescription qu'on ne fait pas. Non, je ne subi pas: les médecins du CHU sont aussi compétents que nous ! » Entretien avec un radiothérapeute, centre de lutte contre le cancer.

« Je me suis engueulé au moins 15 fois avec [Dr X, oncologue médical du même hôpital] qui continue à faire ses chimios dans son coin pour les ORL de ville qui ne veulent pas passer par la consultation [que j'anime]. À mon avis, cela enlève des chances aux patients. Je me suis engueulé avec lui. [...] Il m'a répondu: "je n'ai pas le droit de juger. ..." Je lui dis: "Mais tu n'es pas prestataire de service !" » Chirurgien, centre hospitalier.

patient — peut faire l'objet d'une compétition entre psychologues et/ou éducateurs (voir Bergeron ; 1996, Blangy, 1993).

¹⁶ Le terme « référent » a une acception différente de l'utilisation que nous en avons faite jusqu'ici. Dans le cas présent, il signifie : « correspondant » ou « interlocuteur attitré ».

On comprend mieux, dès lors, que les réseaux de coopération des professionnels captants soient constitués de telle sorte que le professionnel ou la structure à qui est adressé un patient, pour la réalisation d'une étape thérapeutique spécifique ne le captera pas et l'adressera en retour à ce même professionnel référent, une fois son intervention réalisée: tendanciellement, les réseaux de coopération se stabilisent avec ceux qui assurent ce que l'on peut familièrement appeler un « retour à l'envoyeur ». Le souci de constituer un réseau professionnel, composé préférentiellement de ceux qui acceptent la ponctualité de leur intervention, peut même conduire certains acteurs à tisser des relations durables avec des structures ou des professionnels, qui offrent des prestations complémentaires et recherchées, mais qui ne se situent pas dans leur périmètre géographique immédiat et qui obligent le patient à de longs déplacements (Bergeron, 1996). À l'échelle d'un territoire, ce mécanisme permet d'expliquer que se constituent des filières, souvent cloisonnées et relativement hermétiques les unes aux autres, en ce que les professionnels qui les composent ne communiquent ou ne travaillent guère ensemble— ce qui pourrait pourtant être opportun dans le cas de certains patients d'un point de vue médical. Ces formes réticulaires particulières, dont les tutelles ne saisissent qu'imparfaitement la rationalité, doivent ainsi s'analyser comme les produits d'efforts professionnels visant la constitution de paires captant/non captants.

4.3. *Stratégies de captation et stabilisation des réseaux*

Les réseaux de coopération constatés présentent une forme de stabilité mais ils ne sont pas immuables et nécessitent d'être continuellement entretenus, afin, en particulier, de s'assurer que certains partenaires ne soient pas tentés de renégocier leur engagement réticulaire quand ils ne se sentent plus satisfaits par les formes de coopération existantes. Sans prétendre être exhaustifs, plusieurs stratégies de constitution et d'entretien des réseaux peuvent être repérées.

Pour commencer, nous avons identifié une stratégie de partage, ainsi intéressée, de l'information: un professionnel captant décide de communiquer à certains partenaires une partie de l'information sur les évolutions de l'état pathologique d'un patient après une phase de traitement. Certains opérateurs sanitaires captants des addictions déploient ainsi beaucoup d'énergie à partager l'information sur le devenir des patients avec leurs partenaires ponctuels. Cette évaluation est une source importante de contentement professionnel pour ces derniers, puisqu'elle leur permet d'identifier le sens de, et de resituer, leurs prestations dans le cadre d'une prise en charge dont ils ne maîtrisent pas l'économie d'ensemble. Cette information est d'autant plus significative aux yeux de ces personnels non captants, que l'on se situe, dans le cas de la toxicomanie et de l'alcoolodépendance, sur des troubles, où les rechutes sont nombreuses, les taux d'échecs élevés et le nombre des « perdus de vue » important. Il y a donc là un moyen de contribuer à limiter le sentiment fréquemment ressenti d'usure professionnelle (Bergeron, 1999) et, ce faisant, de minimiser certains des motifs d'insatisfaction liés à la structure des arrangements réticulaires existants.

La « surveillance alternée », dans le champ du cancer, est une autre stratégie observée de stabilisation des réseaux de coopération entre captant et non captants: un médecin captant s'entend avec un de ses partenaires pour partager la surveillance des patients. La logique est similaire à la précédente mais le partage est plus conséquent, puisque le médecin non captant voit le patient. Non seulement il peut procéder aux examens qu'il souhaite pour évaluer l'état du patient — et l'effet de l'action des différents partenaires —, mais encore se satisfaire du contact direct avec le patient, dont on sait combien il est valorisé dans l'*ethos* clinique (cf. par exemple, Freidson, 1984; Starr, 1982). Il existe des situations similaires dans le champ de la toxicomanie, quand deux structures assurent conjointement le suivi d'un patient. De manière typique, l'une assure le suivi social et l'autre, le suivi somatique et/ou psychologique. Cependant, dans bien des cas, l'un des

deux suivis — souvent le suivi d'ordre social — est subordonné à l'autre, plus psychologique ou somatique, dans le sens où les décisions structurant la prise en charge sont plus manifestement la propriété de l'équipe médicale ou psychothérapeutique que celle des intervenants sociaux. Dans nos études, les cas de double suivi ne sont équitablement doubles, le plus souvent, que formellement: ce sont plus volontiers les équipes de psychothérapeutes et/ou de médecins qui façonnent la trajectoire thérapeutique du toxicomane traité, l'équipe socio-éducative s'adaptant en réaction. On peut finalement interpréter tous ces cas comme des tentatives de mise en scène symbolique de l'équilibre des coopérations, permettant d'entretenir le sentiment d'une contribution équivalente des deux équipes et limitant en conséquence l'impression d'être purement et simplement instrumentalisé dans le cadre d'un processus thérapeutique dont le sens (signification et direction) échappe à l'une des deux parties.

La mise en place des réunions de « concertation pluridisciplinaire » dans le secteur de la cancérologie, qui consiste à ce que le dossier médical du patient soit examiné par une instance collégiale, qui se réunit régulièrement et à laquelle doivent prendre part au moins un chirurgien, un radiothérapeute et un chimiothérapeute constitue une autre stratégie de constitution et d'entretien des réseaux. Certes, la décision du parcours du traitement n'est plus officiellement l'apanage d'un seul médecin, cette réunion permettant aux autres professionnels d'en discuter. Cependant, là-encore, cette évolution n'aboutit pas à une stricte symétrie dans la prise de décision et à un contrôle de la trajectoire *également* partagé entre tous les participants à la prise en charge. D'une part, certains médecins autrefois non captants ont pu utiliser ces instances pour accroître leur autorité locale et renégocier un engagement de captant, accepté ou subi par certains collègues (Castel, 2007); autrement dit, dans ces cas, l'organisation substantive du réseau local a pu s'en trouver modifiée mais la logique d'appariement captant/non captants la sous-tendant a persisté. D'autre part, les médecins captants qui le souhaitent ont des ressources pour préserver leur mode d'engagement. D'abord, tous n'acceptent pas de participer à ces réunions. Ensuite, il est fréquent que le médecin captant choisisse le moment où il présentera le cas à cette réunion: il peut ainsi débiter le traitement et l'engager dans une voie qui limitera d'autant l'éventail des possibles. Enfin, il garde le dernier mot concernant la décision, même si, théoriquement, il doit justifier dans le dossier médical pourquoi il n'a pas retenu la solution préconisée par le groupe et choisit les autres partenaires auxquels il fera appel pour la suite de la prise en charge. En somme, il s'agit encore aujourd'hui d'une « collégialité d'avis » plutôt que d'une « collégialité de direction » (Weber, 1971 [1922]).

Finalement, dans les différents champs que nous avons étudiés, ces stratégies de partage, plus ou moins généreux, de l'information et de la prise de décision et ces concessions sur la possibilité d'un suivi plus ou moins conjoint constituent plus certainement des variations du modèle d'appariement que nous décrivons dans ce texte que des occasions de falsification de sa pertinence: elles correspondent à des tentatives de limitation du sentiment d'instrumentalisation, que peuvent ressentir certains professionnels non captants¹⁷ et visent la stabilisation de réseaux de coopération restés structurellement déséquilibrés. La logique élémentaire d'organisation du travail médical entre professionnels est, en effet, et dans l'ensemble, inchangée.

¹⁷ Nous disons « certains non captants » dans la mesure où, comme nous l'avons déjà souligné, certains intervenants « ponctuels » se satisfont parfaitement de ce type d'engagement: tel le cas de certains médecins généralistes, d'unités d'alcoologie ou de services hospitaliers effectuant des sevrages physiques, dans le cas de la toxicomanie et de l'alcoolodépendance, ou de certains radiologues, anatomopathologistes, médecins généralistes... dans le cas du cancer. La captation est une ressource pour certains, une contrainte pour d'autres.

5. Conclusion

L'approche qui consiste à distinguer les professionnels selon leur positionnement sur et leur engagement dans la chaîne thérapeutique que nous avons présentée ici se conçoit comme un cadre d'analyse intermédiaire entre les approches qui font découler directement (c'est-à-dire sans expliciter précisément pourquoi, ou dit autrement, sans révéler les mécanismes précis de ces déterminations) les formes relationnelles entre professionnels de caractéristiques macrologiques d'ensembles institutionnels et d'autres approches, microsociologiques, qui soutiennent que ces formes relationnelles sont, de manière essentielle, les produits précaires et contingents de l'interaction singulière, sans autre principe de (pré)structuration.

La maximisation du nombre de clients et d'actes par client a souvent été présentée comme un déterminant possible de la structuration particulière des réseaux professionnels. Nous démontrons qu'il ne s'agit là que d'un des enjeux des relations, coopératives ou conflictuelles, entre partenaires associés de la prise en charge, qui ne peuvent être réduits à une simple logique comptable et financière. En outre, bien que l'examen de la structuration de l'organisation de la prise en charge mette en lumière des situations où certains professionnels ne sont pas satisfaits de leur engagement, les logiques de division du travail entre professionnels décrites ici ne se résument pas non plus à la délégation du « sale boulot », maintes fois constatée, à la suite des conclusions séminales de Everett C. Hughes (1996) sur ces aspects. Pratiquer un acte de chirurgie, effectuer un diagnostic, même en tant que non captant, demeure une activité que nombre de professionnels considèrent noble. Les logiques de division du travail et de compétition que nous avons observées renvoient plus fondamentalement, ou également, au type de position et d'engagement professionnel que les intervenants ont choisi d'embrasser.

Notre analyse permet, en outre, de comprendre plus précisément pourquoi les réseaux formels de soin, qui constituent une innovation institutionnelle sur laquelle le ministère de la Santé fonde beaucoup d'espoir, viennent le plus souvent sanctionner et institutionnaliser des formes de coopération réticulaires qui existaient déjà plutôt qu'ils n'en créent de nouvelles (Schweyer, 2005): l'appariement entre professionnels se fonde sur une logique réticulaire qui rend peu probable un changement brusque et décrété d'agencements relationnels stabilisés souvent de longue date. Partant, nous pouvons tempérer les espérances qui ont été placées en eux — y compris par des sociologues —, concernant l'ampleur des changements qu'ils seraient susceptibles d'apporter à l'organisation concrète des soins. Certes, l'apprentissage et la connaissance, par la rencontre répétée dans le cadre d'un réseau constitué formellement en réponse aux injonctions des tutelles, des spécificités des partenaires et de leur logique de fonctionnement (connaissance partagée des rôles et des attentes des différentes parties qui composent le réseau) constituent des conditions favorables à la coopération. Néanmoins, il est douteux que les réseaux puissent fonctionner sur une « certaine conception du soin qui privilégie une approche partagée, c'est-à-dire plus égalitaire, entre professionnels de santé » (Schweyer, 2005, p. 91). Au contraire, les réseaux de professionnels associés à la prise en charge sont ceux qui associent justement des partenaires qui ne sont pas, de manière équivalente, positionnés et engagés dans la prise en charge et qui, en particulier, ne participent pas tous à ce que Michel Castra (2003) a appelé la « politique de soin » et que nous appelons « stratégie thérapeutique »¹⁸. En fin de compte, soit ces réseaux formels imposés « de l'extérieur » par les tutelles fonctionnent parce qu'ils actualisent des appariements captants/non

¹⁸ L'étude des réseaux de prise en charge du sida dans la région bordelaise (Langlois, 2007) confirme pareille analyse : après une première période pendant laquelle, alors que la lutte contre le sida se structurait, certains médecins généralistes se sont spécialisés sur cette pathologie et ont espéré entretenir des relations plus équilibrées avec leurs homologues hospitaliers

captants stabilisés de longue date, soit ils restent des « coquilles vides » ou sont le lieu d'une compétition entre acteurs qui tentent de s'arroger le monopole de la définition de la stratégie thérapeutique, ou qui, au contraire, refusent d'en assumer la charge.

Si « le détour » par les spécialités ne suffit pas à rendre compte des phénomènes de coopération et de conflit existant entre professionnels dans le cadre de prises en charge locales¹⁹, le cadre d'analyse proposé dans cet article permet, en revanche, et à rebours en quelque sorte, de relire avantageusement certaines des dynamiques de compétition existant entre spécialités médicales. On peut ainsi risquer une première hypothèse selon laquelle, dans certains cas, les tentatives menées afin de constituer une spécialité ou sous-spécialité composent une des modalités de réponse collective des membres d'un segment ou d'un groupe d'intervenants qui seraient tendanciellement cantonnés, contre leur gré, par d'autres spécialités, à un engagement principal de non captants. L'existence, en cas de succès des efforts déployés pour l'institutionnaliser, d'une (sous-)spécialité constitue ainsi pour ces acteurs une ressource institutionnelle leur autorisant à négocier plus efficacement, sans toutefois le garantir, au plan local, un engagement captant vis-à-vis des autres intervenants²⁰. On peut tenter une seconde hypothèse, inspirée du travail de Sydney A. Halpern (1992)²¹: les phénomènes de compétition entre spécialités ne relèvent pas tous d'une « lutte de juridiction » visant principalement la confiscation de la prise en charge d'un trouble ou d'une pathologie par une spécialité aux dépens d'une (des) autres(s) qui jusqu'alors

que dans le contexte d'autres pathologies, Emmanuel Langlois pointe la frustration qu'ils expriment aujourd'hui vis-à-vis d'une situation où l'hôpital a regagné sa place centrale dans des réseaux « pyramidaux ».

¹⁹ Il est cependant vraisemblable qu'il existe un lien, quoique faible comme nous l'avons souligné en introduction, entre spécialité et type de positionnement et engagement. On peut ainsi risquer l'assertion selon laquelle les psychiatres, par exemple, ont plutôt tendance à avoir un positionnement curatif et un engagement de captant. Nous ne pouvons ici faire la liste de l'ensemble des spécialités ou activités dont les caractéristiques sont susceptibles d'accroître la probabilité que les professionnels en relevant soient captants ou non captants. On peut toutefois émettre quelques hypothèses, qui mériteraient d'être vérifiées, plus systématiquement élaborées, mais surtout complétées et développées, sur la capacité différentielle des acteurs à accepter ou non le statut de non captants. Nous pourrions ainsi soutenir que les acteurs appartenant à des spécialités ou menant des activités ponctuelles à faible technicité, donc peu rémunératrices d'un point de vue symbolique et, (souvent) consécutivement, à faible rémunération financière, ont tendance à mener des tentatives pour s'associer plus manifestement au suivi et à la définition de la stratégie thérapeutique. À l'inverse, un grand degré de technicité et, en conséquence, de fortes rémunérations symboliques et financières paraissent favoriser l'acceptation de la ponctualité de son intervention, comme c'est le cas des radiologues ou des anesthésistes. De manière comparable, la pénibilité du travail serait susceptible d'accroître la tentation de « remonter » de l'activité ponctuelle vers la maîtrise de la stratégie thérapeutique. On peut également former des hypothèses sur le plus ou moins grand degré de conflictualité des champs médicaux : il est ainsi probable que plus la *durée* prévue du traitement de la pathologie ou du trouble est longue, plus le suivi est regardé comme noble, valorisant et intéressant pour les professionnels concernés, ceci étant certainement propice à susciter de plus intenses luttes autour de la maîtrise de la stratégie thérapeutique. On pourrait enfin faire valoir que plus le degré de *substituabilité* des techniques thérapeutiques qui participent à la résolution d'un problème de santé donné est important (c'est-à-dire quand plusieurs types de spécialités/activités peuvent produire des résultats thérapeutiques relativement comparables), plus la tentation de la captation est structurellement mieux répartie entre les acteurs du soin. Inversement, quand une technique domine manifestement (en termes de résultats thérapeutiques obtenus), les autres spécialités/activités tendraient à être cantonnées à la prestation d'activités ponctuelles. Bien d'autres hypothèses pourraient être formulées mais il s'agit là de l'objet d'(au moins) un autre article.

²⁰ C'est par exemple le cas des oncologues et gériatres qui interviennent spécifiquement dans le champ de la cancérologie gériatrique et qui cherchent à s'organiser en sous-spécialité d'onco-gériatrie, afin ne plus être cantonnés à un rôle de « prestataires » vis-à-vis des chirurgiens et oncologues médicaux « généraux » (Buthion et Castel, 2006).

²¹ Cet auteur est le premier à s'être attaché à montrer que l'analyse en termes de « juridiction » proposée par Andrew Abbott (1988) et qui concernait pour ce dernier les relations entre professions ou entre groupes professionnels, pouvait être utilisée avec profit dans l'étude des relations entre spécialités médicales. Pour l'auteur, il existe même une interdépendance entre ces deux niveaux de juridiction : la lutte de juridiction entre spécialités (au sens de monopole de prise en charge d'un problème de santé) expliquerait dans certains cas l'érosion de la juridiction de la profession dans son ensemble.

la monopolisai(en)t. Certaines compétitions juridictionnelles visent plus volontiers la captation, c'est-à-dire l'affirmation institutionnelle d'un engagement plus manifestement captant, sans que cette captation ne signifie nécessairement l'exclusion de la prise en charge des autres spécialités. Une telle approche permet ainsi de faire dialoguer plus efficacement les niveaux institutionnels (spécialités, segments, etc.) et d'organisation et de division locale du travail.

Pour conclure, on peut se demander s'il n'y n'aurait pas intérêt à appliquer notre cadre d'analyse à d'autres champs que celui de la santé, dans le but, là-aussi, de mieux saisir les mécanismes qui président à la division des tâches entre différents professionnels et intervenants qui participent, sans liens hiérarchiques (pré)spécifiés, à la réalisation d'un projet commun (projet scientifique, industriel, collaboration entre plusieurs avocats autour d'un dossier, etc.). On testerait alors la possibilité que l'appariement croisé, entre un acteur qui contrôle ce que les interactionnistes appellent « l'arc de travail » (Strauss, 1992) et d'autres acteurs, acceptant d'intervenir ponctuellement, constitue, là-aussi, une condition favorable à la stabilisation des coopérations professionnelles.

Références

- Abbott, A., 1988. *The System of Professions*. University of Chicago Press, Chicago.
- Baszanger, I., 1986. Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue française de sociologie* 27 (1), 3–27.
- Baszanger, I., 1995. *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*. Seuil, Paris.
- Bercot, R., 2006. La coopération au sein d'un réseau de santé. *Négociations, territoires et dynamiques professionnelles*. *Negotiations* 1 (5), 35–49.
- Bercot, R., de Koninck, F., 2006. *Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ? L'Harmattan*, Paris.
- Bergeron, H., 1996. *Soigner la toxicomanie. Les dispositifs de soins entre idéologie et action*. L'Harmattan, Paris.
- Bergeron, H., 1999. *L'État et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*. Puf, Paris.
- Bergeron, H., 2003. Dispositifs spécialisés « alcool » et « toxicomanie », santé publique et nouvelle politique publique des addictions. OFDT (Rapport de recherches), Paris.
- Blangy, M., 1993. *Un dispositif départemental de prise en charge des toxicomanes*. Paris, Mémoire de DEA de sociologie, de l'institut d'études politiques de Paris.
- Bucher, R., Strauss, A., 1961. Professions in Process. *American Journal of Sociology* 66 (4), 325–334.
- Buthion, V., Castel, P., 2006. Modalités de recours aux dispositifs gériatriques lors de la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer. *Rapport de recherche*, Lyon.
- Cambrosio, A., Keating, P., Schlich, T., Weisz, G., 2006. Regulatory Objectivity and The Generation and Management of Evidence in Medicine. *Social Science & Medicine* 63 (1), 189–199.
- Castel, P., 2005. Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique. *Revue française de sociologie* 46 (3), 443–467.
- Castel, P., 2007. Les enjeux professionnels des réseaux. In: Castel, P., Carrère, M.O. (Eds.), *Soins en réseau. Pratiques, acteurs et régulation*. John Libbey Eurotext, Paris, pp. 3–27.
- Castel, P., Friedberg, E., 2010. Institutional Change as an Interactive Process. The Case of the Modernization of the French Cancer Centers. *Organization Science* 21 (2), 311–330.
- Castra, M., 2003. Entre logique palliative et logique curative: les équipes mobiles de soins palliatifs à l'hôpital. In: Cresson, G., Druhle, M., Schwyer, F.X. (Eds.), *Coopération, conflits et concurrence dans le système de santé*. Éditions ENSP, Rennes, pp. 121–135.
- Champy, F., 2009. *La sociologie des professions*. Puf, Paris.
- Cresson, G., Druhle, M., Schwyer, F.X. (Eds.), 2003. *Coopération, conflits et concurrence dans le système de santé*. Éditions ENSP, Rennes.
- Crozier, M., Friedberg, E., 1977. *L'acteur et le système*. Seuil, Paris.
- Faure, Y., 2005. L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmat. *Actes de la recherche en sciences sociales* 156-157, 98–114.
- Foucault, M., 1963. *Naissance de la clinique*. Puf, Paris.
- Freidson, E., 1984. *La profession médicale*. Payot, Paris.
- Friedberg, E., 1993. *Le pouvoir et la règle*. Seuil, Paris.
- Hall, O., 1946. The Informal Organization of the Medical Profession. *The Canadian Journal of Economics and Political Science* 12 (1), 30–44.

- Halpern, S.A., 1992. Dynamics of Professional Control: Internal Coalitions and Cross-professional Boundaries. *American Journal of Sociology* 97 (4), 994–1021.
- Herzlich, C., 1973. Type de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière. *Revue française de sociologie* 14 (1), 41–59.
- Hughes, E.C., 1996. *Le regard sociologique. Essais choisis*. Éditions de l'EHESS, Paris.
- Langlois, E., 2007. Produire du soin: sociologie d'une action collective. *Les réseaux Ville Hôpital face aux nouveaux enjeux du sida. Rapport de recherche*, Bordeaux.
- Menger, P.M., 1994. Appariement, risque et capital humain: l'emploi et la carrière dans les professions artistiques. In: Menger, P.M., Passeron, J.C. (Eds.), *L'art de la recherche. Essais en l'honneur de Raymonde-Moulin*. La Documentation française, Paris, pp. 219–238.
- Menger, P.M., 1997. L'activité du comédien. Liens, interdépendances et micro-organisations. *Réseaux* 86 (15), 56–75.
- Ménoret, M., 1999. *Les temps du cancer*. Éditions du CNRS, Paris.
- Pickstone, J., 2007. Contested Cumulations: Configurations of Cancer Treatments Through the xxth Century. *Bulletin of the History of Medicine* 81 (1), 164–196.
- Pinell, P., 1992. Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890–1940). Métailié, Paris.
- Pinell, P., 2005. Champ médical et processus de spécialisation. *Actes de la recherche en sciences sociales* 156-157, 4–36.
- Robelet, M., Serré, M., Bourgueil, Y., 2005. La coordination dans les réseaux de santé: entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. *Revue française des affaires sociales* 1, 233–260.
- Schweyer, F.X., 2005. Le travail en réseau: un consensus ambigu et un manque d'outils. *Sociologies pratiques* 11, 89–104.
- Starr, P., 1982. *The Social Transformation of American Medicine*. Basic Books, New York.
- Strauss, A., 1992. *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. L'Harmattan, Paris.
- Weber, M., 1971 [1922]. *Économie et société*. Plon, Paris.
- Weisz, G., 2005. *Divide and Conquer. A Comparative History of Medical Specialization*. Oxford University Press, Oxford.