

PARCOURS DE SANTÉ

LES RESSORTS SOCIOLOGIQUES DE LA COORDINATION

Patrick Castel

en collaboration avec Henri Bergeron

PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE

Observations / questionnements

- Une certaine stabilité des relations entre intervenants de la prise en charge (ex: les « correspondants »), y compris quand c'est chaotique et conflictuel
 - Adressage: à qui l'on confie des patients et de qui on les reçoit
 - Qualité (perçue) de la coordination
- Stabilité que l'on ne peut rabattre uniquement sur:
 - Des cultures professionnelles (Cf. des spécialités)
 - Des conceptions thérapeutiques
 - Des cultures organisationnelles ou institutionnelles

PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE (2)

Matériaux

- Trois terrains: cancer, toxicomanie, alcoologie
- Entretiens semi-directifs (entre 100 et 200 selon les types de prise en charge) et observations (Bergeron, 2003; Castel, 2005; Bergeron et Castel, 2010)
- Cadre méthodologique et conceptuel commun: l'analyse sociologique de l'action organisée (Crozier et Friedberg, 1977; Friedberg, 1993)
 - En particulier, une attention marquée aux relations d'interdépendance entre acteurs dans le cadre de leur activité

PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE (3)

Une analyse centrée sur les relations entre professionnels, mais qui n'ignore pas l'influence que peuvent avoir les patients sur la coordination, à savoir:

- Les interactions entre professionnels au cours de la prise en charge ;
- La mise en relation de professionnels qui s'ignoraient.

RÉSUMÉ DU CADRE D'ANALYSE: LA COOPÉRATION REPOSE SUR:

Un adressage « approprié » :

- quand les dispositifs et/ou les professionnels se voient adresser des patients « conformes » aux caractéristiques de l'activité qu'eux et leur organisation ont développée;

Un appariement entre des professionnels qui ont des engagements compatibles dans la chaîne thérapeutique (captants – ponctuels).

DES DISPOSITIFS ET DES PROFESSIONNELS SÉLECTIFS

Adressage approprié :

- quand les dispositifs et/ou les professionnels se voient adresser des patients « conformes » aux caractéristiques de l'activité qu'eux et leur organisation ont développée;

Le « bon » patient (du point de vue des intervenants):

- Un patient qui se situe à un certain point de sa trajectoire de malade (phase préventive et/ou phase de diagnostic et/ou phase curative – 1ère ligne, récurrence, palliative, soins de support – et/ou surveillance)
- Un patient qui présente certaines caractéristiques (types de maladie, rapport à la maladie et à la prise en charge, domiciliation, caractéristiques sociales, etc.)
→ Souci de construction de réseaux de « recrutement » de patients « conformes » à l'activité professionnelle qu'ont choisie les professionnels (en ville comme à l'hôpital).

DES LOGIQUES PROFESSIONNELLES COMPATIBLES (I)

Typiquement, deux types d'engagement dans la chaîne thérapeutique :

- Les « Captants » : le professionnel considère devoir assurer le suivi du patient tout au long des étapes qui scandent la curation; 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;
- Les « Ponctuels » : le professionnel conçoit son intervention comme ponctuelle, limitée dans le temps et à une étape spécifique de la chaîne thérapeutique. Le professionnel doit articuler son activité à celle d'un réseau susceptible de l'approvisionner en « bons patients » et de prendre le relais une fois l'étape menée à terme.

DES LOGIQUES PROFESSIONNELLES COMPATIBLES (II)

La coordination sans heurts se réalise tendanciuellement quand :

- Se combine un engagement captant avec des engagements ponctuels, c'est-à-dire non captants ;

A l'inverse, le conflit ou les tensions surviennent quand :

- Des captants doivent s'associer à d'autres captants ;
- Des ponctuels doivent travailler avec d'autres ponctuels.

DES LOGIQUES PROFESSIONNELLES COMPATIBLES (III)

Logique de constitution de réseaux:

- Constitution de filières (captant-non captants), souvent cloisonnées et relativement hermétiques les unes aux autres
- Les captants tendent à confier leurs patients à des professionnels ou organisations qui ne les capteront pas
- Les réseaux tendent à se stabiliser entre ceux qui assurent un « retour à l'envoyeur »

Des évolutions possibles:

- Des non captants qui ne se satisfont plus de ce mode d'engagement
- Des captants qui font évoluer leur activité vers des interventions plus ponctuelles

CE CADRE D'ANALYSE CONTRIBUE À (MAIS N'ÉPUISE PAS) L'EXPLICATION DE PROBLÈMES DE COORDINATION RÉCURRENTS

- La variété des types de réseaux constitués sur le terrain ;
- Les difficultés d'articulation entre la ville et l'hôpital ;
- L'inégale réussite de la politique officielle des réseaux ou de conventions de collaboration inter-établissements : on peut faire l'hypothèse que ces réseaux formels imposés « de l'extérieur » par les tutelles :
 - soit fonctionnent parce qu'ils actualisent des appariements captants/non captants stabilisés de longue date ;
 - Soit 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.
- Le nomadisme médical

RÉFÉRENCES

- Bergeron H. (2003), *Dispositifs spécialisés « alcool » et « toxicomanie », santé publique et nouvelle politique publique des addictions*, OFDT (rapports de recherche), Paris.
- Bergeron H. et Castel P. (2010), « Captation, appariement , réseau », *Sociologie du travail* 52 (4), 441-460.
- Bergeron H. et Castel P. (2018 [2014]), *Sociologie politique de la santé*, 2^e édition, Puf, France.
- Castel P. (2005), « Le médecin, son patient et ses pairs », *Revue Française de Sociologie* 46 (3), 443-467.
- Crozier M. et Friedberg E. (1977), *L'acteur et le système*, Seuil, Paris.
- Friedberg E. (1997), *Le pouvoir et la règle*, Seuil, Paris.

