



HAL
open science

Table ronde introductive - Entre questions théoriques et enjeux pratiques: L'organisation et la communication au sein des systèmes de santé

Régine Bercot, Anne Mayère

► To cite this version:

Régine Bercot, Anne Mayère. Table ronde introductive - Entre questions théoriques et enjeux pratiques: L'organisation et la communication au sein des systèmes de santé. Congrès annuel de l'Acfas : Savoirs et organisation (2019), ACFAS : Association francophone pour le savoir, May 2019, Québec, Canada. hal-04233598

HAL Id: hal-04233598

<https://hal.science/hal-04233598>

Submitted on 9 Oct 2023

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.

Table ronde introductive : entre questions théoriques et enjeux pratiques

L'organisation et la communication au sein des systèmes de santé

REGINE BERCOT,

Professeure, Université Paris 8
Laboratoire CRESPPA, équipe Genre Travail Mobilité, UMR 7217
regine.bercot@gtm.cnrs.fr

ANNE MAYERE,

Professeure Université de Toulouse
chercheure au LERASS, chercheure associée au CERTOP,
anne.mayere@iut-tlse3.fr

Le soin s'organise dans des institutions ou des réseaux que l'on a considérés ici comme des organisations. On s'est intéressé dans ce colloque aux processus de coordination et de communication au sein et entre les organisations qui composent le système de soin. Des caractéristiques de ces activités de communication dépendent en effet bien souvent la capacité du système à assurer un soin de qualité et à moindre coût.

Le besoin de coordination et ses modalités ne s'expriment pas de la même manière selon les contextes sociaux et organisationnels. Dans certains contextes, les organisations sont relativement intégrées (cf. par exemple les maisons de santé au Québec), dans d'autres le soin suppose un passage du patient entre différentes organisations. Les contributions discutées au cours de ce colloque rendent compte des difficultés mais aussi des moyens mis en œuvre par les acteurs pour améliorer les synergies entre différents professionnels et avec ceux que l'on appelle couramment les aidants (amis ou familles qui interviennent dans le soin). Elles interrogent le travail relationnel qui peut être envisagé, comme le retiennent L. Farinas et A. Dupuis à partir de Strauss (1993¹), comme « le temps, l'énergie et les efforts accomplis pour interagir au travail » (Farinas, Dupuis, p 4).

Dans ce colloque, nous avons voulu partir d'une approche concrète de l'activité afin de mieux rendre compte des conditions de l'organisation et de la communication. Quels en sont les modalités, les ressorts, les difficultés ? Pour étudier ces dimensions, il est nécessaire de prendre en compte les articulations de l'activité avec différents systèmes.

Axe 1 - Eclairer les enjeux et les pratiques en les rapportant aux politiques de santé

1.1- Les évolutions des dispositifs de pilotage et de contrôle

Les politiques publiques de la santé interfèrent au travers des réglementations, de la distribution des moyens. Celles-ci s'accompagnent désormais de systèmes de contrôle et

¹ Strauss A., *Continual Permutations of Action*, New York, Aldine de Gruyter, 1993.

d'analyse des dépenses rapportées au type de pathologies. Les rapports faits au gouvernement français, qui ont ponctué ces évolutions au cours des décennies récentes, peuvent être étudiés comme autant de documents opérant des recadrages ; ils prônent une conception du système de soin fondé sur des interdépendances tant entre 'demande' et 'offre' de soins qu'entre les différentes entités produisant les services de soins, et préconisent la coordination par des relations formalisées (J.L. Bouillon). Les secteurs de l'action sanitaire, médico-sociale et sociale sont également soumis à cet impératif de coordination (C. Routier).

Cette évolution des modes d'attribution des budgets et des contrôles rejaillit sur les modalités du travail concret. La question financière pèse aussi sur les pratiques en réseau car elle conditionne la pérennité, les moyens de se reproduire, de fonctionner². En effet, l'investissement des acteurs, les modalités de la coordination dépendent du financement et des modalités de rémunération des intervenants. Le fonctionnement des réseaux repose actuellement beaucoup sur le militantisme ; cependant, les engagements des acteurs sont très différents selon leur place dans le réseau. On peut ainsi aborder cette organisation en distinguant un cercle central très mobilisé (le noyau) et un cercle plus large mais engagé de manière provisoire en lien avec les événements³. Le fonctionnement de ce type d'organisation pose également la question des territoires, chacun souhaitant défendre son périmètre d'influence : les territoires de la ville et de l'hôpital restent encore le plus souvent très séparés.

La question du prestige⁴ est également une dimension à prendre en compte pour expliciter les obstacles à surmonter pour lever les préventions qui peuvent exister au sein d'une même profession ; les acteurs en effet occupent des places différentes, sont engagés dans des perspectives hétérogènes (J. Katwambe). Dans certaines configurations, il s'avère cependant possible de 'bouger les lignes', et d'obtenir la coopération de professionnels relevant de catégories différentes dans la hiérarchie implicite des professions (C. Bourret, S. Sebban, Y. Andonova).

D'autres acteurs collectifs sont à prendre en compte : les professions, les différents métiers, les associations. On peut constater une pluralité d'objectifs et de représentations, l'existence donc de logiques d'action différentes.

Les raisons d'une mauvaise coordination sont de ce fait multiples. Différentes théories nous aident à aborder ces questions, celles-ci privilégient tantôt une analyse en terme de proximité ou de distance en rapport avec la structure, tantôt analysent les relations en lien avec une réflexion en termes de fréquences ou de contenu des relations. Certains auteurs ont montré que la mauvaise compréhension advient lorsque les appuis conventionnels de l'action des différents acteurs sont insuffisamment partagés (Dodier⁵, 1993). Ainsi on a pu constater

² Bercot R, De Coninck F., *Les réseaux de santé ; une nouvelle médecine ?* l'Harmattan, collection logiques sociales, 2006, 234 pages et. Bercot R., « La coopération au sein d'un réseau de santé. Négociations, territoires et dynamiques professionnelles, *revue Négociations*, 2006/1, (pp. 35-49).

³ Bercot R. *Les réseaux de santé : une configuration sociétariaire* in sous la direction de Saint-Laurent Kogan Anne-France et Metzger Jean-Luc, *Où va le travail à l'ère du numérique ?* Presses des Mines de Paris collection "Sciences Sociales, 2007,

⁴ Bercot R., Mathieu-Fritz A. *Le prestige des professions et ses failles. Huissiers de justice, chirurgiens et sociologues*, éd. Hermann, collection société et pensées, 313 p., 2008.

⁵ Dodier N. (1993), Les appuis conventionnels de l'action, éléments d'une pragmatique sociologique,

au moment de la mise en place de la loi contre l'exclusion l'existence de définition et de politiques très diversifiées entre ministères et entre acteurs de terrain⁶. Il ne s'agissait pas seulement de confusion sur le sens du mot insertion, mais aussi de mondes différents qui devaient se parler avec des concepts et des référents non connus et donc non assimilés par les différents protagonistes de la mise en œuvre des politiques sociales. Ces divergences rendent difficile l'intercompréhension. Ainsi, dans certains contextes, les problèmes concernent plutôt les connaissances partagées, comme c'est le cas par exemple entre profanes et experts. Le concept de traduction peut alors nous permettre de rendre compte des difficultés de communication au sens d'intercompréhension (Callon⁷, 1986).

L'analyse des formes de la coopération met également en jeu des dimensions telles que la confiance, le secret, les valeurs partagées. On pourra ainsi raisonner en pensant que ces dimensions préexistent à l'action en coopération ou bien qu'elles se créent dans l'action même (J.D. Reynaud et N. Richebé⁸, 2007 ; Luhmann⁹, 2006). La question de la confiance peut également être abordée à partir de la distinction entre confiance dans les personnes et confiance dans les systèmes abstraits que propose Giddens (1994), pour interroger les tensions et dynamiques qui prennent forme entre la confiance dans les collègues, les acteurs dans les établissements, et la confiance dans les systèmes abstraits dont l'importance va croissant dans les établissements de soin, en s'étendant des dispositifs d'accréditation qualité-risques aux systèmes d'information informatisés (Bazet et alii, 2007 ; Bazet, Jolivet, Mayère, 2008¹⁰). Un raisonnement en termes d'affrontement pour le pouvoir ou la domination peut également nous permettre d'éclairer un certain nombre de situations.

Nous nous sommes donc proposé d'éclairer les modalités de fonctionnement de la coopération en les liant aux enjeux ainsi qu'aux difficultés exprimées par les acteurs.

1.2- Les dynamiques de normalisation et le processus de rationalisation associé

Réseaux n°62, novembre-décembre.

⁶ Bercot Régine, « Logique d'action : quelle articulation aux logiques professionnelles et institutionnelles ? », *Revue française des affaires sociales* N°4 octobre décembre 2001, (pp. 105-114).

⁷ Callon M., (1986), « Eléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins pêcheurs en baie de Saint-Brieuc », *L'Année Sociologique*, 36.

⁸ Reynaud J.D. et Richebé N., (2007), Règles, conventions et valeurs. Plaidoyer pour la normativité ordinaire, *Revue Française de Sociologie*, 2007/1, volume 48

⁹ Luhman N., (2006), *La confiance : un mécanisme de réduction de la complexité sociale*, éd. Gallimard

¹⁰ Bazet I. (Resp. scientifique), Mayère A., Jolivet A., Roux A., Catlla M., Simbille J., 2007. *Conception et appropriation d'un dispositif de gestion d'événements indésirables - Confiance, défiance et territoires de l'indésirable*, Rapport Final du programme Les événements indésirables dans les systèmes de santé, MiRe – DREES, 138 p.

Bazet I., Jolivet A., Mayère A., 2008. Pour une approche communicationnelle du travail d'organisation : le changement organisationnel associé à la gestion des événements indésirables, *Communication et Organisation*, n° 33, p 31-39.

Dans les évolutions des systèmes de santé on peut constater des transformations liées aux dynamiques de la normalisation qui participent aux politiques de santé. On constate en effet un développement des certifications qualité, des règles de sécurité, des dispositifs gestionnaires au plus près de l'activité. Ainsi les politiques publiques de ces dernières décennies ont cherché à introduire progressivement la dimension économique dans la décision de soin. L'instauration d'un système d'information de santé n'a pas seulement une finalité comptable et statistique mais elle tend à évaluer l'efficacité des activités thérapeutiques et soumettre l'activité médicale au contrôle de la représentation nationale et aux services de l'administration. Ces transformations ne sont pas sans effet sur les charges de travail, la répartition des activités et l'échange des informations, notamment parce qu'elles introduisent de nouvelles dépendances entre services. Ce travail d'organisation est d'autant plus complexe que différentes réformes se succèdent et sédimentent des pratiques, des règles, des habitudes qui se superposent sans toujours permettre le fonctionnement souple et réactif nécessaire aux professionnels.

Dans certaines conditions, les nouvelles règles de gestion sont perçues comme présentant la vertu d'une certaine lisibilité des activités des uns et des autres dans un établissement, ce qui peut introduire des espaces de discussion (M.D. Gheorgiu, D. Guillemot, F. Moatty). Cependant, la rationalité gestionnaire en rendant visible le résultat – ou plus exactement un certain point de vue sur le résultat – plutôt que l'activité dans sa densité quotidienne peut introduire des clivages et des formes de défiance entre la direction des établissements et les personnels (M. Detchessahar, A. Grevin).

Les politiques de gestion des territoires (par exemple, politique de regroupement des hôpitaux en France) ne sont pas non plus sans effet sur la manière de communiquer ensemble et à distance. Enfin, il existe des interventions règlementaires ou incitatives qui peuvent changer la donne : le partage des informations en temps réel au travers de l'informatique, le développement du dossier patient informatisé, sont autant de dimensions qui interfèrent sur les manières de travailler ensemble.

Au fil de l'observation de ces évolutions, de nombreuses contributions convergent pour pointer l'importance de la rationalisation dans ce qu'elle met en forme tant l'activité *stricto sensu* que sa mise en écrit, en ce qu'elle cadre les interactions. Par ailleurs, la montée en puissance d'une coordination globale se référant en bonne part à une logique gestionnaire favoriserait la construction de 'niches' ou de 'clientèles' privilégiées, rejetant *a contrario* aux marges les patients moins adéquats. Ainsi une femme demandant une IVG en Suisse Romande passera-t-elle d'autant plus efficacement les différentes mises à l'épreuve qui délimitent de fait ce droit si, entre autres 'critères implicites', elle maîtrise bien la langue de référence, et si elle sait interagir selon les codes attendus par les praticiens (E. Perrin, M. Amstalden). Dans un autre contexte, les médecins généralistes en France tendraient à redéfinir la catégorie des précaires pour pointer sur ce qui relèverait de la 'vraie' précarité. Ils trouvent un appui indirect auprès des instances gestionnaires qui édictent des règles sur les critères potentiels de refus de ces patients qui redoublent cette tentation de stigmatisation (C. de Pauw).

Axe 2- Préciser les évolutions des relations inter organisationnelles

La répartition des actes ou des populations à prendre en charge s'appuient parfois sur un partage public/ privé. On constate par exemple en France un clivage entre les interventions courantes, à faibles risques et bien remboursées prises en charge par le privé et celles plus complexes et à risque laissées au secteur public. Qu'en est-il des autres pays ? Comment se fait le partage entre institutions ? Existe-t-il une spécialisation en fonction de critères financiers, sociaux, ou en fonction des types de spécialisation ? La séparation s'accompagne-t-elle de formes de coopération, et lesquelles ?

Les réseaux de soin constituent une forme particulière de relations entre institutions. Les établissements doivent progressivement obtenir des autorisations de prise en charge sur certains types et niveaux de pathologie, selon un dispositif qui dessine différents territoires du soin en même temps que des formes de parcours préconisés. Comment peut-on caractériser les modalités de la coopération dans ces configurations ? Comment se construit le fonctionnement des réseaux de soins dans différents pays, comment les différents acteurs s'organisent-ils entre eux ? Peut-on rapporter la forme d'organisation observée à une prise en charge spécifique liée à une pathologie, ou bien ces prises en charges sont-elles liées à la composition des réseaux et à la diversité professionnelle de leurs membres ?

A partir de l'étude des prises en charge en santé mentale, L. Demailly identifie des injonctions croissantes sur les besoins de coordination en santé mentale, et s'interroge sur les raisons qui en entravent l'accomplissement. Ses recherches permettent de rendre compte de l'existence de formes délimitées de coopération (pouvoir travailler ensemble) et de coordination (se répartir le travail). Il s'agit de dispositifs intersticiels, qui sont touchés de plein fouet par les politiques publiques, dont les injonctions de regroupement et de formalisation se déploient en fonction de périmètres et modalités sans lien avec ce qui avait ainsi pris forme.

Axe 3- Comment se fait la coordination des professionnels au sein d'une même institution ?

Les changements dans les modalités de la coordination sont également liées aux évolutions des objets techniques (informatique, dossier du patient, fiches de *reporting* ou d'enregistrement de l'activité), ainsi qu'aux nouvelles tâches qui incombent aux personnels soignants. Les transformations des modalités de coordination tiennent aussi à la formalisation et la standardisation des méthodes et procédures, à travers la protocolisation, les prescriptions de 'bonne pratique', et autres recommandations associées à l'évaluation des pratiques professionnelles. Au-delà des méthodes elles-mêmes, ce sont aussi les valeurs, les normes professionnelles qui sont travaillées par des référentiels issus du secteur marchand et qui font l'objet de formes diverses d'appropriation (gestion de la qualité, gestion des risques, démarche processus...).

La question du temps et des effectifs est aussi un élément important à prendre en compte. On peut s'interroger sur la manière dont s'accroît l'intensité du travail dans un contexte marqué par la pénurie. Comment évoluent les collectifs de travail ? Y a-t-il une

montée en puissance des fonctions d'encadrement et une transformation de ses missions, des manières de les conduire ? L'accès à ces fonctions est-elle liée à la trajectoire de soin ou constate-t-on une diversité dans la manière de pourvoir ces fonctions ?

S'agissant des collectifs de travail, la contribution de F. Girod concernant les aide-soignantes en pédiatrie permet d'identifier le rôle-clé des épreuves de socialisation professionnelle comme condition de validation d'une compétence qui est en l'occurrence une compétence genrée, et qui se vérifie dans la capacité à 'tenir' dans des conditions et rythmes de travail difficiles tout en manifestant une empathie à l'égard des patients, à être efficace tout en se prévalant d'une activité relationnelle.

Dans d'autres établissements, les cadres infirmiers se révèlent déployer une activité qui vise à faire en sorte que l'équipe 'tienne' en dépit de la catastrophe organisationnelle, qu'elle mette en place un engagement dont chacun sait qu'il va au-delà de l'engagement salarial. La reconnaissance est ainsi construite comme condition de la collaboration, elle se déploie comme activité sémiotique et communicationnelle, énonciative et discursive (V. Lépine).

Axe 4- Evolution de la place des patients : de leur droit, de leurs attentes et de la participation au dispositif de soin.

Une autre dimension importante des transformations en cours a trait aux patients et à la façon dont ils s'inscrivent dans la relation de service qui les lie aux professionnels des établissements de soin. Ces évolutions mettent notamment en jeu les transformations du droit des patients, de leur approche des pratiques de soins et leurs rapports aux professionnels de santé en lien avec des évolutions sociales plus globales. La relation de soin est de plus en plus vue comme une coproduction entre les professionnels et les malades. Les patients cherchent dans les médias et via l'internet des informations sur les pathologies et les thérapies, au risque de s'égarer dans cette profusion de discours. Cette nouvelle posture des patients et de leur environnement familial interroge sur l'évolution des rapports aux soignants, au plan notamment de la nécessaire construction de la confiance qui combine diversement connaissances et croyances (Karpik¹¹, 2007).

H. Cléau observe la perception variable par les soignants de cette démarche d'information par les patients, et propose la notion 'd'interlocuteur légitime' pour caractériser ces compétences attendues des patients par les praticiens, qui consistent à savoir poser les questions dans les 'bons' termes, se référer aux 'bonnes' sources ; un espace de dialogue peut alors advenir, qui semble aussi dépendre du moment dans la trajectoire de soins. Ph. Longchamp, à partir du cas des infirmières scolaires, interroge ce que produit une offre standardisée dès lors qu'elle s'adresse à une population inégalement prédisposée à cette offre. I. Nahon-Serfaty pointe pour sa part la fragmentation des discours sur la santé/maladie en ce qu'elle « constitue une lame à double tranchant, offrant à la fois un potentiel émancipatoire, mais constituant aussi une source de contrôle et de pouvoir » (p 16). Enfin, B. Jacques et A.L. Penchaud interrogent les pratiques de classement des anomalies par les radiologues dans le

¹¹ Karpik L., (2007), *L'économie des singularités*, éd. Gallimard

dépistage organisé du cancer, l'enchaînement des examens qui peut en résulter pour les femmes concernées et la possibilité pour elles d'y prendre une part significative.

Par ailleurs, le développement des associations de patients, et l'obligation de représentation des usagers au sein de divers conseils et commissions de l'hôpital posent la question de l'effectivité de ce que le nouveau modèle du droit de la santé français désigne comme la 'démocratie sanitaire' (G. Rousset). En quoi et à quelles conditions cette participation renouvelée des patients contribue-t-elle aux transformations des organisations hospitalières ? La question de l'effectivité de la mise en œuvre du droit s'avère cruciale au-delà de l'esprit de la loi.

D'autres questions restent ouvertes quant à l'évolution de la place des patients. Ainsi l'informatisation du dossier de soins soulève de façon renouvelée la question du consentement préalable à l'enregistrement des données, et de leur consultation possible par le patient. Les inégalités dans l'accès au soin se doublent-elles d'inégalités dans la capacité à exprimer une demande de consultation ? L'accessibilité potentiellement renforcée, combinée aux nouvelles revendications des patients et à la judiciarisation des soins (Barbot, Fillion, 2005¹²) influence-t-elle en retour sur les traces enregistrées dans les systèmes d'information par les personnels soignants ?

* * *

Au final, nous souhaitons souligner la richesse des contributions et des débats qui ont pris place lors de ce colloque. Certaines des questions identifiées dans l'appel à contribution n'ont pas été traitées, mais le domaine couvert était très vaste. En revanche, il est possible d'observer des convergences de questionnement, de terrains ou de cadres théoriques mobilisés qui ont grandement favorisé les échanges, et qui font l'intérêt d'une lecture circulant entre ces diverses contributions. Une caractéristique forte de la plupart des recherches dont ces papiers rendent compte tient à ce qu'elles reposent sur des travaux de terrain, souvent approfondis, précautionneux, qui suivent ce qui circule, à savoir des discours, des artefacts, des émotions, des corps, en observant plus particulièrement ce qui se noue, ce qui se joue aux interfaces, là où des formes de coordination ou de coopération sont requises, ou attendues.

¹² Barbot J., Fillion E., (2005), *Les professionnels de la santé face au procès*, rapport pour la MiRe, 147p.