

---

**Nouvelles organisations,  
nouvelles légitimités  
professionnelles**

# La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles

Magali Robelet, Marina Serré et Yann Bourgueil\*

## ■ Introduction

Les politiques engagées en France depuis une dizaine d'années pour réformer le système de santé et le rendre plus « efficient » ont des effets sur les territoires professionnels entendus comme des ensembles des tâches et compétences exercées de façon plus ou moins exclusive par un groupe de professionnels. Les frontières de ces territoires et leurs contenus font l'objet de luttes entre pouvoirs publics et professions de santé, d'une part, et entre segments professionnels, d'autre part.

La « coordination » (terme technique et neutre) est devenue depuis quelques années l'objet de nombreux discours et pratiques dans le système de santé. La coordination est ainsi invoquée à la fois comme un manque par les patients <sup>1</sup>, comme une solution pour améliorer la qualité des prestations de santé par les hommes politiques et comme l'un des objectifs des réformes introduites dans le système de santé <sup>2</sup>.

Les observations de terrain <sup>3</sup> viennent conforter le constat d'un engouement pour ce terme, et mettent en évidence la diversité des pratiques se revendiquant de la coordination <sup>4</sup>. La façon dont elle est définie et mise en œuvre permet de considérer la coordination comme un « territoire » où se déploient, s'affrontent et/ou se concilient des dynamiques professionnelles et des « logiques gestionnaires ». Par « dynamique professionnelle », on entend à la fois l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles et les mobilisations collectives visant la reconnaissance d'une compétence et/ou

\* Magali Robelet, maître de conférences en sociologie à l'université Lyon 3, et chercheure au Graphos.

Marina Serré, docteur en science politique.

Yann Bourgueil, médecin de santé publique, maître de recherche à l'IRDES.

1 Le manque de coordination des soins est ainsi évoqué par des représentants des malades dans « Cancer : malades et soignants prennent ensemble la parole », *Le Monde*, 25 novembre 2000, p. 12.

2 La coordination des soins est un objectif prioritaire des expérimentations de « nouvelles formes de prises en charge des patients » dans le cadre de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 sur la maîtrise médicalisée des dépenses en médecine ambulatoire.

3 Cet article s'appuie sur l'enquête réalisée dans le cadre du programme de la recherche de la MiRe/DREES sur les « dynamiques professionnelles dans le champ de la santé ».

4 Par exemple Mino J.-C., Lert F., *Évaluation de la coordination communale de soins palliatifs Aurore*, Groupe Image, ENSP, décembre 1998 et Bourgueil Y., Vedel I. et alii, *Les expériences de réseau et/ou de coordination gérontologique en Ile-de-France. Étude exploratoire*, Groupe Image, ENSP, septembre 2000.

d'un statut ou la défense d'un territoire professionnel <sup>1</sup>. Les « logiques gestionnaires » désignent les processus et les stratégies portées par des acteurs « gestionnaires » participant aux instances de régulation du système de santé (membres de l'administration de la santé ou financeurs) et qui visent à rationaliser l'organisation du travail, gagner en transparence et garantir à la fois qualité et coût des soins.

Le caractère novateur des incitations multiples à la coordination ne réside ni dans la fonction de coordination elle-même, qui existe dans toute situation de travail mettant en relation plusieurs acteurs, ni dans son objectif, consensuel d'amélioration de la qualité des soins, mais dans l'injonction à la mise en place d'un mode particulier de coordination : la coordination formalisée.

La formalisation désigne ici l'explicitation des pratiques de soin, notamment l'écriture de fiches de postes, la constitution de dossiers de soins ou l'organisation de réunions faisant un point sur la prise en charge des patients qui se traduit par un écrit. Les processus de formalisation opèrent à un niveau local, dans les situations de travail mais également à un niveau plus systémique avec l'inscription de la coordination de ses objectifs et de ses acteurs dans la loi et dans les institutions (instances représentatives des professions et organismes de formation). La formalisation de la coordination fait l'objet, à ces deux niveaux, de processus de négociation et d'apprentissage, mais aussi de conflits entre les acteurs « gestionnaires » et les acteurs professionnels et entre les professionnels de la santé et ceux du social. En effet, la formalisation est un processus dont les effets peuvent être contradictoires : d'une part, elle permet une reconnaissance de certains savoirs et compétences, d'autre part, elle peut être considérée comme un moyen d'accroître le contrôle sur les tâches de chacun.

Les réseaux offrent un terrain d'enquête privilégié pour l'étude des processus de formalisation de la coordination dans la mesure où ils font de la fonction de coordination la principale spécificité de ces nouveaux modes de prise en charge. Le réseau n'est donc pas mobilisé ici comme un concept permettant d'analyser les relations et interactions entre des acteurs aux intérêts divergents mais comme un objet d'étude en soi, désignant un outil de réforme du système de santé, défini et encadré par une réglementation.

L'analyse des processus de formalisation de la coordination dans le champ des soins gériatriques et des soins palliatifs (*cf.* encadré) nous a permis de questionner la capacité des professionnels de santé à mobiliser les impératifs gestionnaires comme des ressources d'action nouvelles à des fins de reconnaissance ou d'affirmation de leur statut et des territoires professionnels (ainsi, la « mission de coordination » est revendiquée par les « militants » de la médecine générale pour faire la promotion d'une nouvelle médecine de proximité contre l'emprise de l'institution hospitalière). L'exigence de formaliser la coordination est par ailleurs une façon, pour les gestionnaires, de

<sup>1</sup> Lucas Y., Dubar C., *Genèse et dynamique des groupes professionnels*, Lille, Presses universitaires de Lille, 1994.

mieux contrôler l'activité des professionnels intervenant auprès des patients. La reconnaissance de fonctions de coordination est aussi l'occasion de faire émerger un nouveau métier de coordonnateur de réseau.

### Encadré : Méthodologie de l'enquête

Nous avons combiné deux niveaux d'investigation complémentaires pour explorer les questions qui nous intéressent.

• **Un niveau « micro »** qui a consisté, afin d'appréhender la formalisation dans les pratiques de coordination., en la réalisation de *sept monographies* de réseaux :

- quatre réseaux gérontologiques : trois sont financés par la Mutualité sociale agricole (Limoux, Doué et Parthenay) ; le quatrième est le site pionnier de PAPA Bouscat lié à l'hôpital local ;
- trois réseaux de soins palliatifs : Fécamp, réseau né d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ; Armentières et Tarbes, réseaux nés d'initiatives professionnelles.

Les sites ont été choisis en fonction du type de professionnels dévolu à la fonction de coordination (médecin, soignant, travailleur social, secrétaire...) et de la place des acteurs « gestionnaires » (au sens de financeurs et/ou régulateurs).

Trois réseaux gérontologiques et un réseau de soins palliatifs sont des réseaux dits « Soubie » réseaux bénéficiant d'un financement particulier à titre expérimental. Tous les réseaux sont des réseaux visant la prise en charge du patient à son domicile après une hospitalisation ou pour éviter son hospitalisation.

Les monographies ont été établies à partir d'*entretiens semi-directifs* effectués auprès des permanents des réseaux et des professionnels associés (médecins, infirmières, assistantes sociales, auxiliaires de vie...). 98 entretiens ont ainsi été réalisés et entièrement retranscrits. Nous avons aussi systématiquement recueilli et analysé les divers documents produits par chacun des réseaux (fiche de poste, rapport d'activité, charte...).

• **Un niveau « macro »** traitant des processus de formalisation qui opèrent à un niveau plus systémique et institutionnel.

a) Nous nous sommes intéressés à la façon dont les savoirs constitués sur la base des pratiques de coordination s'intègrent aux savoirs académiques ou institutionnels et réciproquement. Cela nous a conduit :

- à mener une *recherche documentaire* (lois et les rapports officiels) sur la construction politique de la coordination, sachant que l'élaboration même des textes et des « définitions » peut être le produit de négociations entre les représentants « officiels » de la profession (syndicats, enseignants, représentants de l'Ordre pour les médecins) et des acteurs « gestionnaires » ;
- à chercher à appréhender les rhétoriques professionnelles, par des *entretiens semi-directifs* avec les représentants des organisations professionnelles et syndicales <sup>1</sup>.

b) Nous avons par ailleurs recensé et étudié *les formations de coordonnateurs* et de *management de réseaux* qui ont complété le paysage des formations déjà nombreuses dans le domaine de la santé.

---

<sup>1</sup> Nous avons ainsi rencontré en 2003-2004 : la présidente de la Fondation nationale de gérontologie ; le médecin-conseil national de la MSA, en charge du projet d'expérimentation en matière de réseaux gérontologiques ; le vice-président de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, chargé des réseaux et coordonnateur du réseau régional de soins palliatifs de Franche-Comté ; l'infirmier, membre du groupe de travail de la SFAP sur la coordination.

La question qui se pose alors est de savoir dans quelle mesure un impératif gestionnaire comme la formalisation de la coordination des soins, peut conduire à reconfigurer les territoires professionnels autour de la prise en charge du patient.

Répondre à cette question suppose, *dans un premier temps*, de remonter à l'origine de la politique des réseaux et de la coordination dans les deux champs étudiés.

Dans un *deuxième temps*, nous proposons d'analyser les processus de formalisation et notamment la place qu'y prennent les acteurs gestionnaires et les acteurs « professionnels » et d'étudier les effets de la formalisation sur les pratiques de coordination.

Enfin, dans un *troisième temps*, nous analyserons le fonctionnement du marché du travail autour de la coordination dans les réseaux de santé.

## ■ Les politiques de la coordination dans le système de santé ou le pouvoir mobilisateur d'un concept mou

Si la coordination des soins est désormais reconnue comme un des enjeux centraux de la politique de santé, elle fait surtout l'objet de discours généraux et largement incantatoires. L'explication de ce paradoxe nécessite de revenir sur l'histoire de l'introduction du concept de coordination dans la pensée et la pratique des politiques de santé en France. L'utilisation du terme de coordination dans les débats sur les politiques de santé est inséparable du développement d'un argumentaire en faveur d'un mode innovant d'organisation des services de santé, l'organisation en réseau. Pour autant, nous ne proposons ni une énième théorie des réseaux, ni une nouvelle histoire du développement des réseaux de santé en France. Notre position n'est pas celle d'experts ou d'évaluateurs, elle vise plutôt à mettre en évidence les processus politiques (les mobilisations collectives, les rhétoriques, le recours aux experts) qui ont fait de l'organisation en réseau la solution aux problèmes de la mauvaise coordination des soins, identifiés comme l'un des principaux facteurs des déséquilibres financiers du système de santé.

Nous montrons premièrement comment le concept de coordination a d'abord été porté par des acteurs en marge du système de santé proposant des voies originales de réforme avant de perdre son « sens réformateur », puis nous analysons la façon dont le concept de coordination a émergé et a été traité dans les deux champs d'application qui nous intéressent : la gériatrie et les soins palliatifs.

## ***Le réseau : généalogie d'un(e) mode d'organisation des soins***

Avant d'obtenir une consécration juridique autour de « réseau de santé » dans les années 2000, le concept de réseau a fait l'objet de débats et d'expérimentations durant une vingtaine d'années. L'introduction des organisations en réseaux dans le système de santé a deux origines : l'une intellectuelle, l'autre de terrain.

### **Penser le réseau : un concept au cœur des réformes du système de santé**

Le concept de réseau est né de l'importation de modèles d'organisation anglo-saxons et des opérations de traductions qu'ils ont subis en France, au sens littéral du terme (les *Health Maintenance Organizations* deviennent des « réseaux de soins coordonnés ») comme au sens figuré (il s'agit d'inscrire l'organisation en réseau à la fois dans la continuité et dans la réforme du système de santé).

Ces opérations d'importation et de traduction ont été portées par des économistes de la santé qui cherchent à promouvoir l'introduction de mécanismes de régulation accordant une certaine place au marché (Launois *et alii*, 1985). Les experts du Commissariat général du Plan voient dans ces projets de réforme un moyen inédit de maîtriser les dépenses de santé (Commissariat général du Plan, 1987). Le concept de réseaux de soins commence alors à circuler dans la communauté des experts politico-administratifs et réapparaît sous une nouvelle forme dans le rapport prospectif du Commissariat général du Plan de 1993, *Santé 2010*, qui a conduit au plan Juppé de 1995, qui apparaît surtout comme une mise en forme du discours des experts politico-administratifs et scientifiques (économistes de la santé) à destination des acteurs politiques et sectoriels (professionnels de santé, assurance maladie et mutuelles).

Ce rapport prône une régionalisation de la régulation du système de santé. Des régies régionales de santé, dotées d'un budget régional et ayant capacité à organiser l'offre de soins, passeraient contrat avec des offreurs de services isolés ou groupés en réseau. Le réseau est ici mobilisé comme une forme d'organisation de la production regroupant des professionnels de santé capables de contractualiser avec un seul organisme financeur sur des objectifs de soins et/ou de santé.

Si la mise en œuvre de ce scénario a été incomplète, les rapports de ce type contribuent néanmoins à diffuser l'idée que les réseaux sont un outil de transformation du système de santé susceptible d'améliorer tous les maux du système : inflation des dépenses, éclatement des structures, décalage entre offre et demande... Un discours consensuel sur l'opportunité du développement des réseaux se diffuse alors, masquant le fait que les attentes des différents partenaires ne sont pas les mêmes, voire divergentes : maîtrise

des dépenses pour l'État et les caisses d'assurance maladie, amélioration de la pratique médicale et valorisation de leur position pour les professionnels de santé, volonté de s'affirmer comme acteurs des politiques de santé pour les malades.

### **Travailler en réseau : l'État à la rencontre des dynamiques locales**

L'organisation en réseau trouve aussi son origine dans des pratiques de terrain diverses, parfois éloignées des modèles « théoriques » élaborés dans les rapports officiels.

Les organisations en réseaux prennent des formes concrètes, à l'initiative de quelques militants, professionnels de santé et/ou patients qui cherchent un moyen de faire face aux contraintes croissantes qui pèsent sur l'exercice médical et soignant : une demande qui évolue (vieillesse et transition épidémiologique, reconnaissance du droit des patients, exigence d'information et de gestion des risques) et une offre de services de santé inadaptée (spécialisation croissante sans développement concomitant des processus de coordination, cloisonnement des services sanitaires et sociaux).

#### **Les initiatives des années quatre-vingt-dix**

Alors que les experts de l'administration de la santé ne connaissent que la « théorie des réseaux » *via* les économistes de la santé, ces initiatives suscitent leur attention dans les années quatre-vingt-dix. La Direction générale de la santé (DGS) et la Direction des hôpitaux (DH) soutiennent ces dynamiques, y voient un moyen de résoudre tout un ensemble de problèmes de santé spécifiques à des populations ou des pathologies « cibles » difficilement prises en charge dans le cadre de la médecine libérale ou hospitalière (en premier lieu les malades du Sida mais aussi les toxicomanes ou les diabétiques) (Bungener, 1998). Le terme de « réseau de soins » fait ainsi son apparition dans le vocabulaire administratif à l'occasion de la circulaire DGS/DH du 4 juin 1991, relative à la prise en charge des patients atteints du Sida. Suivront au cours des années quatre-vingt-dix, une vingtaine de textes similaires jusqu'à ce que la circulaire du 25 novembre 1999 relative aux « réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux » mette fin à la multiplication des textes spécifiques en proposant une définition des réseaux et en fixant les règles et outils nécessaires à leur développement. Cette circulaire, à travers l'emploi de certains termes précisant les attentes d'un fonctionnement en réseau (accès rationnel, meilleure coordination, meilleure orientation du patient), témoigne de l'intégration des réseaux de soins dans les outils de la réforme du système de santé, visant une plus grande efficacité et une plus grande efficience. Les hauts fonctionnaires de l'administration de la santé sont aidés dans l'élaboration de ce « mode d'emploi » des réseaux par des pionniers des réseaux devenus des experts de la politique de réseaux. Ces militants de terrain se sont dotés en 1997 d'une Coordination nationale des réseaux (CNR) qui fédère des réseaux

sanitaires et sociaux répartis dans toute la France. La CNR devient rapidement l'interlocuteur privilégié (voire unique) du ministère des Affaires sociales.

### Inscription durable des réseaux dans le système de santé

En dépit de cette collaboration entre experts de l'administration et militants des réseaux, la polysémie du concept de réseau, le maintien de modes de régulation différents entre secteur hospitalier, secteur ambulatoire et secteur social et les alternances politiques ont favorisé la multiplication des stratégies d'acteurs et donc des textes et sources de financement. Malgré les « ordonnances Juppé » d'avril 1996 qui cherchent à donner un nouveau souffle aux réseaux de soins, notamment *via* l'expérimentation, il faut attendre les années 2000 pour voir les réseaux inscrits durablement dans le système de santé. L'existence réglementaire, et non plus uniquement dérogatoire, des filières et réseaux de soins est alors reconnue et de nouveaux financements sont créés (notamment le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville – FAQSV). Surtout, la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé propose une unification du concept de réseau qui achève le processus d'institutionnalisation des réseaux<sup>1</sup>. Cette loi introduit un tournant dans l'histoire des réseaux : d'une part, elle consacre le glissement sémantique des « réseaux de soins » aux « réseaux de santé », manifestation d'une volonté de faire du réseau l'outil privilégié du rapprochement des secteurs sanitaire et social ; d'autre part, elle renforce le pilotage des réseaux par les pouvoirs publics en inscrivant explicitement les réseaux dans le cadre de la planification régionale, enfin elle énonce un cahier des charges conditionnant le financement des réseaux, dont la principale exigence est la formalisation de leur fonctionnement<sup>2</sup>. Le développement de fonds publics pour les réseaux s'accompagne ainsi d'une exigence de formalisation de l'organisation en réseau. Les acteurs de terrain ont, en d'autres termes, à « rendre compte » de la façon dont ils se coordonnent en vue d'un meilleur service rendu au patient.

L'institutionnalisation des réseaux de santé ne se réalise pas par la refonte de la régulation du système de santé mais plutôt par l'intégration des réseaux dans les outils de la régulation, ce qui tend à ôter au concept sa finalité innovante. Les réseaux sont devenus un outil parmi d'autres de la politique de santé et s'ils restent porteurs d'attentes fortes, personne n'en attend plus une profonde réforme du système de santé.

---

<sup>1</sup> Deux décrets d'application modifient le Code de la santé publique (décret du 17 décembre 2002) et le Code de la sécurité sociale (décret du 27 octobre 2002) et remplacent les « réseaux de soins » par les « réseaux de santé ». Ils sont complétés par la circulaire DHOS/03/DSS/CNAMts (19 décembre 2002) qui précise les critères de qualité et les conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des réseaux de santé.

<sup>2</sup> En matière de financement, une enveloppe budgétaire est affectée aux réseaux de santé : la dotation nationale de développement des réseaux (dite « cinquième enveloppe » de l'Ondam), qui est régionalisée et administrée conjointement par l'ARH (chargée de la régulation régionale hospitalière) et l'URCAM (chargée de la régulation régionale du secteur ambulatoire).

## ***La coordination dans le champ gérontologique : une histoire inscrite dans la politique sociale***

Dans ce champ, la coordination apparaît comme un véritable leitmotiv des politiques publiques menées en direction des personnes âgées depuis les années soixante (Veysset-Puijalon, 1992). Le principe de la coordination des actions autour de la personne âgée est posé dès 1962 par le rapport Laroque considéré comme fondateur d'une véritable « politique de la vieillesse ». Dans les années soixante-dix, le thème de la coordination est repris par les VI<sup>e</sup> et VII<sup>e</sup> Plans qui cherchent à renforcer les actions locales en faveur du maintien à domicile des personnes âgées<sup>1</sup>. Après l'alternance de 1981, la coordination prend une forme plus concrète à travers la création de 500 emplois de coordonnateurs financés par l'État.

La constance des références à la coordination, tant administrative, institutionnelle que de proximité dans les discours officiels ne doit pas pour autant être interprétée comme le signe d'une politique volontariste. « *Que ce thème soit à l'ordre du jour avec une telle constance depuis une trentaine d'années, laisse supposer que la coordination fait plus l'objet d'incantations que de réalisations effectives ou satisfaisantes* » (Legrand, Schleret, 1992, p. 25). En effet, jusqu'à une période récente, les rares mesures adoptées n'ont pas vraiment été suivies d'effets et la question centrale du financement de la coordination n'a jamais été réellement traitée. L'État intervient sur un mode incitatif, souvent *a posteriori*, une fois fait le constat d'éclatement des structures et services, dont il est lui-même en grande partie responsable.

Malgré l'affichage politique dont la coordination gérontologique fait l'objet, les acteurs nationaux du secteur sanitaire ne semblent pas avoir réellement investi cette question. Dominées par des médecins gériatres hospitaliers qui se sont progressivement imposés comme les experts de la personne âgée, tant au sein des institutions de soins qu'à l'université (au détriment d'autres acteurs comme les médecins généralistes, mais aussi les gérontologues issus d'autres disciplines du vieillissement...), les principales sociétés savantes et organisations syndicales du champ semblent surtout soucieuses de défendre une discipline et une profession. Pour des acteurs tels que la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG)<sup>2</sup>, la coordination ne constitue pas un enjeu en soi et ce n'est que lorsqu'elle met en jeu les clivages cristallisés autour de la gériatrie qu'elle suscite une mobilisation. C'est le cas notamment

<sup>1</sup> Circulaire du 1<sup>er</sup> février 1972 et circulaire PAP 15 du 28 janvier 1977 qui en introduisant la notion de secteur géographique inaugurent l'idée de maillage du territoire.

<sup>2</sup> Fondée en 1960, la SFGG est le fruit des premiers développements de la gérontologie française. Cette fédération qui regroupe la plupart des autres organisations du champ, remplit à la fois des missions d'expertise, de formation et d'évaluation. Elle cherche à sensibiliser les pouvoirs publics à la prise en charge des personnes âgées et est sollicitée par eux dans la perspective d'élaboration de recommandations de bonnes pratiques. Si la SFGG met en avant sa pluridisciplinarité, elle reste toutefois largement dominée par les gériatres hospitaliers.

de la question de la formation des médecins destinés à assumer des fonctions de coordination (essentiellement médecin coordonnateur d'établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD)) et du rôle des gériatres dans cette formation.

Historiquement, l'idée de coordination gériatologique est donc plus liée à *l'action sociale* qu'à la politique de santé. La prise en charge des personnes âgées est d'abord construite comme un problème relevant d'une prise en charge sociale (lutte contre la pauvreté, revenus, logement...). Cette connotation sociale de la coordination est renforcée par le fait que l'inscription sur l'agenda politique du « problème » de la vieillesse se fait dans un contexte de différenciation croissante du sanitaire et du social, dans leurs tutelles, leurs financements et leurs acteurs. Alors que les DDASS, les mairies et les conseils généraux se font le relais au niveau local de la problématique sociale de la coordination gériatologique construite au niveau national, une autre dynamique se développe sur le terrain, cette fois à connotation beaucoup plus sanitaire que sociale : celle des réseaux de soins gériatologiques. Le terme de réseau est en effet préféré à celui de coordination par les acteurs du secteur sanitaire qui développent à partir des années quatre-vingt des expériences alternatives de prises en charge des personnes âgées (Vedel I. *et alii*, 2000).

### ***La coordination dans le champ des soins palliatifs : une histoire de soignants***

La structuration du secteur des soins palliatifs et la manière dont la coordination y est traitée relèvent de logiques très éloignées de celles du secteur gériatologique. L'histoire du développement des soins palliatifs en France relève, en effet, à la fois :

- d'un mouvement d'opinion : révolte contre les conditions de prise en charge de la mort dans les structures de soins ;
- d'un mouvement spirituel : refus de l'euthanasie, montée d'une « conscience de la mort » ;
- et d'un mouvement professionnel des médecins, des infirmiers, des psychologues (Baszanger, 2004).

La prise en charge de la mort a d'abord été définie comme un problème relevant de la médecine et, en ce sens, on peut parler, avec Pierre Moulin, d'une « médicalisation du mourir » (Moulin, 2000). Cette médicalisation s'affiche cependant en opposition avec l'organisation traditionnelle de la médecine (prévalence de la démarche curative, hyperspécialisation, hospitalo-centrisme) pour faire la promotion d'une autre médecine, plus lente, reposant sur une prise en charge pluridisciplinaire associant médecins de différentes spécialités, soignants et bénévoles. Les mobilisations professionnelles autour des soins palliatifs, largement dominées par les médecins, ont lieu sous l'égide d'une instance représentative devenue interlocuteur

privilegié des pouvoirs publics : la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) <sup>1</sup>. Détenant un quasi-monopole de représentation des professionnels des soins palliatifs, la SFAP est l'instance de théorisation de l'expertise en la matière. Les réflexions de la SFAP et celles des représentants de l'administration convergent pour faire la promotion d'autres types d'organisation que les seules unités de soins palliatifs existant à l'hôpital. L'organisation des soins palliatifs en « équipes mobiles » est alors mise en avant dans les rapports successifs consacrés aux soins palliatifs (rapport Delbecq, rapport Neuwirth). L'idée défendue par la SFAP est ici que les compétences en soins palliatifs ne doivent pas constituer une nouvelle « spécialité médicale » isolée des autres mais doivent se diffuser parmi les professionnels du soin, et auprès du grand public.

Dans le modèle des équipes mobiles, la question de la coordination ne se pose pas, elle est censée émerger de façon spontanée du travail « pluridisciplinaire en équipe ». Ce n'est finalement que récemment, et de l'extérieur (des pouvoirs publics et de la problématique générale du financement des réseaux) qu'a été posée la question de la coordination (la nécessité de définir les tâches de coordination). La SFAP qui a créé en 2002 un groupe de travail sur la coordination, est encore une fois au cœur des réflexions sur le sujet, dans une perspective qui s'apparente de plus en plus à de la « défense professionnelle » dans deux directions : celle des soignants « généralistes » et celle des « spécialistes » des soins palliatifs. Les représentants des soins palliatifs proposent ainsi une coordination à plusieurs niveaux, cet éclatement de la notion de coordination permettant à la fois de valoriser l'expertise clinique en soins palliatifs et de reconnaître le rôle central du médecin généraliste dans la prise en charge des patients en fin de vie.

Le développement des soins palliatifs en France est donc essentiellement une affaire de médecins et de soignants, visant, par le biais des soins palliatifs, à transformer les façons de soigner et de penser la maladie. Dans les discours des militants, comme dans les textes de loi et dans les innovations organisationnelles en matière de soins, une tension est cependant prégnante entre la tentation de la spécialisation (faire des soins palliatifs une nouvelle spécialité médicale) et la volonté de diffuser les savoirs et savoir-faire en soins palliatifs dans les pratiques soignantes. Les injonctions « gestionnaires » de formalisation de la coordination en soins palliatifs sont en quelque sorte l'occasion de réaliser une synthèse entre ces deux alternatives.

<sup>1</sup> Créée en 1989, la SFAP regroupe à la fois des professionnels exerçant auprès de personnes en fin de vie (médecins, infirmières, psychologues, travailleurs sociaux), des sociétés savantes comme la Société d'étude et de traitement de la douleur et des associations de « profanes » désireuses de faire reconnaître la nécessité de développer la prise en charge des personnes en fin de vie en France. Cependant, la présence médicale semble dominer l'association puisque les quatre présidents qui se sont succédé depuis 1990 sont des médecins. Ces médecins ne font pas partie de l'élite de la profession médicale (les médecins hospitalo-universitaires des disciplines les plus prestigieuses comme la chirurgie ou la cardiologie) et se présentent avant tout comme des « hommes du terrain », ayant expérimenté le travail en « pluridisciplinarité » en soins palliatifs.

Que ce soit en soins palliatifs ou en gériologie, les textes adoptés durant ces deux dernières décennies font désormais de la formalisation de la coordination un impératif qui s'impose à tous les acteurs. Au-delà des spécificités de chacun des secteurs étudiés (dans l'un le cloisonnement entre prise en charge sociale et sanitaire de la personne âgée, dans l'autre les enjeux de pouvoir autour de la détention de l'expertise en soins palliatifs), l'histoire du développement des réseaux fait apparaître la coordination comme une question autour de laquelle convergent des acteurs gestionnaires (pouvoirs publics et financeurs en quête de nouveaux outils de régulation) et des acteurs de terrains. Ces derniers peuvent y voir une façon de reconnaître le travail accompli dans les organisations en réseau comme les compétences spécifiques qui lui sont associées. Dès lors qu'il s'agit, concrètement de définir les formes que doit prendre la coordination dans le travail en réseau, on peut donc s'attendre à voir les acteurs « gestionnaires » présents sur le terrain, et à ce que les modalités concrètes de la coordination fassent l'objet de négociations, conflits, adaptations entre acteurs gestionnaires, professionnels de santé et acteurs du secteur social.

## ■ La formalisation de la coordination : entre impératif gestionnaire et mobilisations professionnelles

Nous nous intéressons ici aux différentes façons qu'ont les acteurs de formaliser la coordination. La formalisation<sup>1</sup> de la coordination est ici entendue comme la définition *a priori* du contenu des tâches de coordination et l'attribution *a priori* de ces tâches à un ou plusieurs membres du réseau. L'une de nos hypothèses fortes est que le contenu de cette formalisation n'est pas neutre, ni dans ses objectifs, ni dans ses effets : elle peut valoriser certains professionnels plutôt que d'autres, reconnaître des compétences jusque-là non mises à jour et en même temps contraindre les professionnels dans leurs pratiques de travail et réduire leur autonomie de décision. Une question nous intéresse ici particulièrement : les types de formalisation sont-ils différents d'un réseau à l'autre, en particulier les attentes des acteurs gestionnaires conduisent-elles à des types de formalisation différents ?

---

<sup>1</sup> L'un des usages du mot « forme » dérive du latin *forma*, signifiant moule et par extension à des domaines variés, « modèle à imiter », *Le dictionnaire historique de la langue française*, Le Robert, 1998, p. 814.

## ***Qui doit coordonner ? L'affirmation de la place du médecin généraliste dans la coordination de proximité***

Sur tous nos terrains d'enquête, nous avons constaté un effort de définition formelle de la répartition des tâches de coordination. Le trait caractéristique de cette répartition, quel que soit le réseau, est la place spécifique attribuée aux médecins généralistes.

Qu'il s'agisse de la rémunération de la participation à la coordination, de la décision d'inclusion des patients dans le réseau, ou de l'animation des réunions de coordination, le médecin généraliste se voit le plus souvent reconnaître un rôle central en matière de coordination. On peut interpréter ces dispositions comme la manifestation de stratégies d'« enrôlement », portées par les promoteurs des réseaux et les gestionnaires (financeurs en particulier), des médecins généralistes qui sont incontournables pour développer une organisation alternative des soins de proximité, et qu'il s'agit de « convertir » au fonctionnement en réseau. Pour ce faire, les formalisations de la coordination tentent à la fois de préserver le pouvoir et l'autonomie des médecins, tout en jouant sur les contraintes qui pèsent sur eux comme par exemple leur sentiment de concurrence avec l'hôpital.

Selon les réseaux, on observe deux manières de valoriser le médecin généraliste. Dans le premier cas, il s'agit de faire du généraliste le coordonnateur des soins. C'est la situation que l'on observe dans les réseaux à dominante gestionnaire comme les réseaux expérimentaux portés par la Mutualité sociale agricole (MSA)<sup>1</sup> qui distinguent coordination médicale, sociale et administrative et font du médecin traitant le seul à assurer la coordination médicale, c'est-à-dire coordination des soins auprès des patients. Ce modèle est particulièrement affirmé sur l'un des sites étudiés (celui de Parthenay) où il n'existe pas de coordonnateur du réseau et où le médecin généraliste se voit confier, dans la charte du réseau, la coordination et le monopole de l'expertise médicale : il décide seul de l'inclusion, il anime les réunions de coordinations, il est l'unique détenteur du dossier du patient...

L'autre manière de reconnaître la place spécifique du généraliste est de lui proposer un service lui permettant de continuer à « avoir la main » sur ses patients, sans pour autant prendre en charge directement leur dépendance. C'est le cas du réseau de « PAPA Bouscat » qui met à disposition des généralistes une plate-forme d'évaluation composée par un trio d'experts : médecin hospitalier, psychologue et animatrice-coordonnatrice pour le volet social. Il n'existe pas, dans ce réseau, de réunions de coordination associant le médecin traitant. Celui-ci est consulté et tenu au courant, mais il n'est pas associé directement à la coordination qui se présente plus comme une prestation lui étant offerte.

<sup>1</sup> La coordination des soins est un objectif des réseaux gérontologiques lancés par la MSA (arrêté du 30 mars 2000).

Il faut toutefois souligner que la valorisation de la place du médecin généraliste n'est pas dénuée d'ambiguïté dans la mesure où, même lorsqu'il est affiché comme le « médecin coordonnateur », le généraliste voit son action systématiquement encadrée par d'autres acteurs. Il doit composer avec des « experts », que ce soient les membres des équipes mobiles en soins palliatifs (c'est le cas des « médecins référents » d'un des réseaux étudiés celui de Tarbes) ou les équipes hospitalières (souvent chargées des bilans d'évaluation médicale en gériatrie). En outre, les gestionnaires imposent à ce généraliste des outils, notamment en matière de circulation de l'information dont on connaît l'importance stratégique (dossier d'évaluation, cahiers de suivi, transmission d'informations sur le patient...).

### ***Comment coordonner ? Les systèmes d'information entre impératifs gestionnaires et pratiques de coordination***

Afin de vérifier notre hypothèse selon laquelle la formalisation de la coordination est un moyen pour les gestionnaires d'orienter et de normaliser les pratiques des professionnels de santé, nous nous sommes intéressés aux systèmes d'information des réseaux. Le contrôle de l'information peut en effet être considéré comme une forme d'exercice du pouvoir qui caractérise « l'esprit gestionnaire » (Ogien, 1995).

#### **La mise en place d'un système d'information : un impératif gestionnaire incontournable**

La capacité des gestionnaires à encadrer l'activité des professionnels se mesure à travers la définition et l'imposition d'outils de recueil et de transmission des informations. La mise en place d'un système d'information vise à :

- justifier l'existence du réseau : mesure de l'opportunité du réseau par l'évaluation des besoins de la population ;
- rendre des comptes sur son fonctionnement : nombre de patients du réseau, nombre de sorties, origine des patients, nombre de professionnels impliqués dans le réseau ;
- évaluer ses résultats médicaux et économiques.

Non seulement les gestionnaires interviennent dans la définition des outils d'information, mais en outre, ils en contrôlent souvent l'utilisation. Ainsi dans le réseau de Tarbes précité, les modalités de l'évaluation du réseau sont précisées dans l'arrêté qui le crée, établi par les professionnels et la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). D'une façon générale, les acteurs gestionnaires sont très présents dans l'évaluation et le suivi du réseau, à travers les « instances d'information, de pilotage et de suivi » au sein desquelles siègent, outre les représentants de la CPAM, le médecin inspecteur de la DDASS et le directeur de la DRASS.

Cette transparence voulue par les gestionnaires est une contrepartie du financement et, à ce titre, elle représente un impératif tant pour les réseaux d'origine gestionnaire que pour ceux issus de dynamiques professionnelles. La seule différence notable est que les *réseaux professionnels* tendent à connaître un processus de formalisation en deux temps. Ainsi le réseau d'Armentières est passé d'une formalisation initiale *a minima* concrétisant le compromis passé entre professionnels sur la répartition des tâches, à une formalisation reposant sur des outils d'information plus complexes dès lors que le réseau s'est engagé dans une démarche de demande de financement dit « Soubie » (*cf.* encadré), en collaboration avec la CPAM.

*A priori*, la mise en place d'un système d'information permet également aux financeurs d'avoir un regard sur l'activité du réseau, voire des professionnels. En effet, la fixation de normes par les gestionnaires pour ce qui concerne par exemple les critères d'inclusion ou les grilles d'évaluation du patient vise à normaliser les processus de prise en charge. Les pratiques professionnelles font ainsi l'objet d'une tentative d'homogénéisation à partir de normes produites par des professionnels « experts » (gériatres, experts de la SFAP).

### **Des outils qui échappent partiellement aux acteurs gestionnaires**

Il faut toutefois nuancer le contrôle exercé par les gestionnaires sur les systèmes d'information et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, des professionnels sont systématiquement associés à l'élaboration des outils d'information, soit par les promoteurs « professionnels » locaux du réseau, soit par des représentants des professions concernées au niveau national. Les outils prévus dans le projet MSA ont ainsi été définis par la Caisse conjointement avec les syndicats médicaux (CSMF et MG France). De même, les critères d'inclusion utilisés en soins palliatifs comme en gériatrie sont le fruit des travaux des experts professionnels dominant ces deux champs.

De plus, les gestionnaires ne sont jamais destinataires de la totalité des informations car l'accès aux données concernant l'état de santé du patient est limité aux professionnels. Le secret médical permet ainsi la délimitation d'une frontière entre les professionnels et les financeurs, frontière que les professionnels s'attachent à protéger. Il s'agit bien ici des professionnels dans leur ensemble et non pas uniquement des médecins car le plus souvent l'ensemble des acteurs du réseau ont accès à ces données. Ainsi à Tarbes, ce sont les médecins référents de l'équipe mobile (experts en soins palliatifs) qui centralisent, dans le dossier patient informatisé, les informations sur les patients à destination des équipes soignantes du domicile et des équipes hospitalières pour assurer la continuité des soins entre les deux modes de prise en charge. Ces informations ne sont pas transmises aux services administratifs de la CPAM associée au réseau.

En outre, les professionnels disposent toujours de marges de manœuvre par rapport aux outils forgés par les gestionnaires et nous avons fréquemment

observé sur le terrain des décalages entre ce que prévoient les écrits du réseau et la pratique des acteurs. Ce constat est particulièrement vrai pour le bilan d'évaluation médicale prévu par la MSA pour l'inclusion des patients. Ce bilan, jugé trop lourd et pas toujours nécessaire par les professionnels, fait facilement l'objet d'aménagements comme c'est le cas dans le réseau de Limoux par exemple. Le projet initial de ce réseau prévoyait la possibilité d'inclure en urgence des patients avant l'évaluation gériatrique, sur la base d'un bilan médical simple effectué par le généraliste, mais la MSA a refusé cet aménagement. Afin de répondre aux situations d'urgence, une parade a été trouvée : le « prébilan gériatrique » effectué par l'ergothérapeute. Dans des cas exceptionnels soit de fin de vie, soit de personnes lourdement grabataires, pour lesquelles un bilan gériatrique à l'hôpital est impossible, un prébilan est effectué à domicile par l'ergothérapeute, en accord avec le médecin traitant et le gériatre qui pourra éventuellement compléter le bilan.

Ainsi, bien que l'impératif gestionnaire soit présent partout, les professionnels, ou du moins certains d'entre eux, les experts, contrôlent le système d'information. Mais le système d'information d'un réseau n'est pas uniquement une tentative (contre laquelle les professionnels résistent) de contrôle de l'activité par les acteurs gestionnaires, c'est aussi un moyen pour les professionnels de conforter ou modifier les rapports entre professions ou entre segments professionnels (expert/médecin généraliste, généraliste/paramédicaux). Dès lors se pose la question de savoir si la formalisation permet d'instaurer la collégialité au sein des réseaux.

### ***La formalisation de la coordination permet-elle d'instaurer la collégialité ?***

Non sans ambiguïté, la formalisation de la coordination au sein des réseaux vise à la fois à préciser les territoires professionnels des différents intervenants et à instaurer un certain degré de collégialité dans la prise de décision. Au sein des réseaux étudiés, plusieurs outils cherchent ainsi à formaliser la pluridisciplinarité tout en préservant l'autonomie de décision de chacun. La coordination est ainsi censée permettre une prise de décision intégrant le point de vue de différents professionnels tout en laissant le médecin responsable de la décision clinique (diagnostic thérapeutique...) prise au sujet du patient. C'est le cas notamment des réunions de coordination et de « réévaluation » prévues entre les différents intervenants. Celles-ci posent la question de la prise de décision autour du patient : les outils de formalisation en modifient-ils les modalités ? Permettent-ils d'introduire plus de collégialité, d'abolir les hiérarchies professionnelles ?

### **Les réunions de coordination**

Elles sont prévues dans tous les réseaux étudiés et prennent sensiblement la même forme en gériatrie et soins palliatifs. Elles réunissent les

différents professionnels intervenant auprès de la personne âgée et la coordonnatrice et/ou la secrétaire du réseau et débouchent sur la définition d'un plan d'aide prévoyant les interventions de chacun. Seul parmi les sites étudiés celui de PAPA Bouscat fait exception car il y existe des réunions entre experts – dites réunions de synthèse et non pas réunions de coordination – qui n'associent pas les acteurs du domicile. Partout ailleurs, on observe une convergence vers un modèle de réunion pluridisciplinaire avec les acteurs du domicile et les experts. Si le principe de la réunion est toujours formalisé, de même que les acteurs censés y participer, il n'en est pas de même pour ce qui est du déroulement de ces réunions. Il n'est en général pas prévu d'animateur à ces réunions, souvent placées sous la responsabilité formelle du médecin généraliste. Dans la pratique, ce rôle d'animateur est souvent pris en charge par les coordonnateurs du réseau ou les experts soignants en soins palliatifs. La mise en œuvre du projet MSA montre que, contrairement aux discours syndicaux et politiques, le rôle de coordonnateur supposé naturel du médecin généraliste est loin d'aller de soi sur le terrain.

On peut faire l'hypothèse que ce rôle est peu valorisé par les médecins qui n'y voient qu'une fonction de communication et d'animation et non une fonction « clinique » (diagnostic/thérapeutique). Une autre explication est que les médecins ont du mal à assumer ce rôle car ils estiment manquer de connaissance sur les pathologies spécifiques des soins palliatifs ou de la gérontologie. Il faut souligner toutefois que sur tous nos terrains d'enquête, nos interlocuteurs ont signalé une grande variabilité des attitudes d'un médecin à l'autre : selon leur personnalité, leur expérience, leurs liens avec les autres acteurs du réseau, les médecins généralistes sont plus ou moins prêts à assumer ce rôle de coordonnateur. Ils considèrent cependant le plus souvent que ce n'est pas leur rôle et ils sont nombreux à le déléguer de façon informelle à d'autres lorsqu'on leur en offre l'opportunité.

Par ailleurs, avec l'instauration de ces réunions, le médecin n'est plus seul à décider comme dans le cadre du colloque singulier : les autres intervenants peuvent assister, préparer la réunion, influencer la décision, en fonction de leurs compétences et de leur accès à l'information sur le patient. En soins palliatifs, les experts que sont les médecins référents peuvent ainsi orienter les décisions qui relèvent normalement du médecin traitant : « *En réunion d'inclusion, moi je présente le réseau et après je laisse la place au médecin traitant. S'il fait un projet de soins qui n'est pas tout à fait ce que je souhaiterais, j'essaie de dire "on pourrait faire des prescriptions comme ça", ça passe pas toujours tout de suite* » (médecin référent, Tarbes). Les professions paramédicales participent, elles aussi, à la prise de décision. Les réunions sont pour elles l'occasion d'expliquer et de justifier leurs actions par rapport au médecin prescripteur et d'orienter la prescription de celui-ci : « *ça permet de s'expliquer vraiment et de justifier. À notre niveau de justifier notre passage et de justifier nos demandes si on a besoin de matériel, si on a besoin d'un peu plus de temps par rapport à l'environnement du malade* » (infirmière, Limoux). Les prescriptions des médecins (actes de

kinésithérapie ou soins infirmiers) seraient aussi mieux adaptées depuis la tenue de réunions de coordination.

Si dans la pratique les réunions de coordination représentent bien un certain partage du pouvoir médical d'habitude monopolisé par le généraliste, des stratégies de mise en scène, de négociations implicites sont mises en œuvre de la part des soignants pour « sauver les apparences » et permettre au médecin de continuer à apparaître comme maître de la décision. Il n'en reste pas moins que l'on observe malgré tout un certain maintien des hiérarchies professionnelles : les décisions ne sont jamais prises contre l'avis du médecin et les professions les plus dominées comme les aides-soignantes, les auxiliaires de vie ou les aides ménagères assistent rarement à ces réunions.

### **Le maintien de pratiques informelles de coordination : l'exemple des réunions de réévaluation**

La formalisation de la coordination n'empêche pas le maintien de pratiques informelles comme l'illustre la manière dont se déroule le suivi des patients dans les différents réseaux. Des réunions de réévaluation sont prévues dans tous les réseaux, mais elles sont dans l'ensemble moins formalisées que les réunions de coordination, même si elles sont censées fonctionner sur le même modèle. Bien que leur périodicité soit fixée à l'avance (annuelle ou mensuelle), les réunions de suivi sont très rares dans les réseaux gériatriques et ne se tiennent qu'en cas de demande de l'un des intervenants (quasi pas de réévaluation automatique). Ceci ne signifie pas qu'aucun suivi n'est effectué, mais plutôt que ce suivi se fait essentiellement de manière informelle et peu organisée. Ainsi lorsqu'un suivi est effectué par les assistantes sociales, celles-ci se contentent de transmettre leurs observations à la coordonnatrice, sans établir la plupart du temps de compte rendu écrit. « *Je passe assez souvent sur Doué, j'ai pris un peu l'habitude de m'arrêter, ou on fait une pause sandwich [avec la coordonnatrice], et puis on se passe des informations. On a pris cette habitude de fonctionnement, ça s'est institué comme ça, de manière un peu informelle, et puis ça nous permet d'avoir toujours des informations* » (assistante CRAM, réseau de Doué). Les autres intervenants au domicile agissent de même : ils signalent à la coordonnatrice les évolutions constatées, les nouveaux besoins ressentis de manière toujours informelle. « *La semaine dernière, il y a un médecin qui est venu voir la coordonnatrice, ils ont revu tous ses patients qui sont au réseau. Ils ont fait une petite mise au point pour voir où en étaient les patients, sinon il n'y a pas de réunion. Ils se voient comme ça, ils discutent quand il y a des trucs particuliers* » (secrétaire, Limoux).

La raison principale évoquée par les acteurs pour expliquer l'absence de réunions de suivi est essentiellement un manque de temps et de disponibilité qui fait que la priorité est donnée aux nouvelles inclusions plutôt qu'au suivi des personnes déjà incluses. Mais on peut aussi faire l'hypothèse que les professionnels s'en remettent au réseau pour assurer le suivi et se déchargent d'une partie de leurs responsabilités. Finalement le suivi se fait

un peu par bricolage et improvisation, mais on ne peut pas dire que les pratiques informelles antérieures au réseau reprennent le dessus dans la mesure où les ajustements restent en général médiatisés par la personne chargée de la coordination.

Les exigences posées par les acteurs gestionnaires, financeurs des réseaux, conduisent à définir de façon explicite les tâches de coordination, à accroître le recours à l'écrit et à rendre l'organisation en réseau plus transparente. Certains professionnels de santé (en particulier les « experts » en gérontologie ou en soins palliatifs) contribuent également aux processus de formalisation de la coordination. En élaborant et en s'assurant de la diffusion de normes de pratiques, ils médiatisent les rapports entre professionnels de proximité (les intervenants du domicile) et acteurs gestionnaires. De même, si l'idéal de la collégialité et de la pluridisciplinarité affiché dans tous les réseaux n'est que rarement réalisé dans les faits, des « coordonnateurs de proximité » contribuent à apaiser les conflits potentiels de frontières entre les territoires professionnels et à faciliter la communication entre les intervenants du domicile. La formalisation de la coordination a donc des effets sur les façons de travailler des professionnels de terrain, par l'intermédiaire de nouveaux acteurs professionnels, les coordonnateurs, eux-mêmes apparus avec ces processus de formalisation.

## ■ **Carrières et marché du travail autour de la coordination dans les réseaux de santé**

La sociologie des professions s'est structurée autour du concept de « professionnalisation », décrivant les étapes qui font d'une activité une « profession » entendue comme une activité de travail organisée collectivement, reconnue par l'État et fondée sur l'exercice pratique d'un savoir intellectuel acquis par apprentissage (Dubar, Tripier, 1998). Ce concept est critiqué pour sa vision évolutionniste de l'histoire, sa proximité avec les rhétoriques professionnelles, et son absence de considération pour l'interdépendance des professions (Abbott, 1988). Analyser les dynamiques professionnelles autour de la coordination des soins en termes de professionnalisation (évaluer la professionnalisation des activités de coordination au regard de critères comme l'existence d'un corps de savoirs formalisés, d'associations représentatives ou l'adoption d'un code éthique) ne permet pas de prendre toute la mesure des processus à l'œuvre ni le sens que les acteurs donnent à leur engagement dans la coordination.

Nous préférons concevoir les professions comme une forme spécifique de marchés du travail « fermés » disposant de règles organisant le recrutement, la formation et la promotion des professionnels et réservant l'exercice professionnel aux seules personnes qui respectent ces règles, souvent définies par les professionnels eux-mêmes (Paradeise, 1988). Dans cette

nouvelle perspective, il s'agit de se demander si le marché du travail des « coordonnateurs » n'est qu'une région singulière d'autres marchés du travail (marché du travail des médecins libéraux, de la médecine hospitalière, du travail social...) ou bien s'il constitue en soi un marché du travail « fermé » au point que les coordonnateurs se trouvent exclusivement spécialisés et que d'autres professionnels n'y ont pas/plus accès. Autrement dit, il s'agit ici d'étudier les « dynamiques professionnelles » conduisant à reconfigurer les territoires professionnels entre médecins, infirmières et travailleurs sociaux autour des fonctions de coordination. La reconnaissance des fonctions de coordination (par une rémunération, par une formation) s'accompagne-t-elle de la constitution d'un marché du travail « fermé » associé à un nouveau « métier » ou bien n'est-elle qu'une occasion parmi d'autre d'alimenter une étape d'une carrière qui se déroule « ailleurs », sur d'autres territoires (ceux de la clinique, ceux de la direction de réseaux).

Nous proposons tout d'abord d'analyser les carrières des coordonnateurs de réseaux et les modalités de circulation de ces professionnels entre activité salariée et libérale, institution hospitalière ou services sociaux de l'État ou des collectivités locales. Nous nous intéressons ensuite aux mécanismes institutionnels, fondés sur la reconnaissance du monopole légal ou sur l'architecture de la formation, qui assurent la clôture du marché du travail et lui garantissent son étanchéité. Nous pourrions ainsi mesurer l'étanchéité du « marché » du travail et donc son degré de fermeture (Hughes, 1996 ; François, 2004).

### ***Faire carrière dans la coordination : un sens différent selon les professions***

Nous nous intéressons ici non aux professionnels de première ligne, qui participent occasionnellement aux activités en réseau (par exemple le médecin dont l'un des patients est pris en charge par le réseau) mais à ceux qui deviennent des « professionnels du réseau », dont le travail n'est plus entièrement consacré aux activités cliniques.

Quelle que soit leur profession d'origine, les coordonnateurs ont en commun un statut « bricolé », entre exercice libéral, salarié, et bénévole, et des modes de rémunération parfois précaires. Cela s'explique par le fait que les fonctions de coordination visent précisément à articuler des acteurs évoluant dans des environnements différents (la ville et l'hôpital en particulier) et s'exercent dans le cadre de réseaux de santé aux financements fragiles. C'est ainsi qu'environ la moitié des coordonnateurs (surtout les médecins) exercent leur fonction de coordination à temps partiel et cumulent cette activité avec une activité libérale ou salariée. Pour les infirmières et les travailleurs sociaux, le caractère bricolé de leur statut s'exprime à travers une relative précarité (absence de locaux, modalités de rémunération incertaines), qu'ils vivent comme une contrepartie de leur accession – pour certains

d'entre eux – à des responsabilités d'encadrement. Au-delà des concessions que semblent faire les coordonnateurs en s'engageant dans ces fonctions, on peut cependant repérer à travers leurs trajectoires professionnelles des choix et stratégies, qu'il s'agisse de reconversion, de diversification ou encore de changement de secteur.

### **Un modèle de bifurcation de carrière : les médecins généralistes devenus coordonnateurs de réseau**

Dans les réseaux qui ont fait l'objet de notre enquête, les médecins les plus engagés dans l'exercice de fonctions de coordination sont tous des médecins généralistes déjà inscrits dans des trajectoires professionnelles qui diversifient leur activité. On peut alors soutenir l'hypothèse que la coordination est pour eux à la fois une façon de promouvoir une manière originale d'exercer la médecine de proximité et une voie détournée pour accéder à une forme de spécialisation, qu'ils n'ont pu obtenir par la « voie royale » du diplôme et de la carrière hospitalière.

De fait, tous les médecins rencontrés exercent une partie de leur activité à l'hôpital local (sous forme d'un mi-temps ou de vacances), ont acquis une spécialisation par un diplôme universitaire et ont soutenu les initiatives locales en matière d'organisation des soins. La trajectoire du médecin (médecin 1), qui est l'un des promoteurs du réseau gérontologique (MSA) de Doué-la-Fontaine, est typique de ces engagements multiples : il est membre de l'Association nationale des généralistes d'hôpital local, il a participé à la création du service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) local et a un diplôme universitaire (DU) de gériatrie. Son confrère (médecin 2) est titulaire lui de deux diplômes universitaires en soins palliatifs et gérontologie, il fait des vacances hospitalières et a une expérience de coordonnateur de maison de retraite. En soins palliatifs, les médecins coordonnateurs offrent le même profil de carrière. Pour ces médecins, devenir coordonnateur de réseau s'inscrit donc dans le prolongement de cette stratégie de diversification de leur carrière voire, pour certains, comme une bifurcation (ou « *turning point* » selon les termes de Hughes (Hughes, 1996)) à l'issue de laquelle un retour en arrière vers une pratique exclusive de la médecine générale n'est plus envisageable : « *De toute façon, moi j'ai 42 ans, je ne vais pas rester jusqu'à 60 ans avec ce que je fais aujourd'hui, donc moi je vais me reconverter. Et c'est ce que je fais de temps en temps. Je lance des trucs, comme ça, pour voir ce que je vau sur le marché...* » (médecin 2 ; Doué).

L'exercice de fonctions de coordination se traduit concrètement pour eux dans deux activités : une activité d'expertise auprès des intervenants du domicile et une activité de direction de réseau (négociation des financements auprès des tutelles, élaboration d'outils d'évaluation et du système d'information du réseau...). Du coup, être médecin coordonnateur permet d'envisager deux types de carrière. Pour les uns, mettant davantage l'accent sur leur fonction d'expertise, il s'agit d'une transition entre une activité de médecin généraliste et une activité salariée dans un contexte hospitalier.

Pour les autres, il s'agit d'un statut plus durable leur permettant de valoriser à la fois des compétences cliniques (leur expertise en soins palliatifs ou en gériatrie) et non cliniques (d'organisation, d'évaluation) et d'évoluer dans d'autres fonctions de coordination (dans d'autres réseaux ou dans des maisons de retraite pour les médecins à orientation gériatrique).

## **Deux modèles de carrière dans la coordination pour les infirmières coordonnatrices**

La plupart des infirmières coordonnatrices agissent dans les réseaux comme les collaborateurs naturels des médecins promoteurs et coordonnateurs du réseau. Elles ont toutes au moins vingt ans d'expérience professionnelle derrière elles (avec souvent une diversité de formes d'exercice, en libéral, en contexte hospitalier et/ou en SSIAD) et sont recrutées par ces médecins, qui cherchent un professionnel pour aider les médecins traitant dans leur rôle d'animateur des réunions de coordination sans pour autant lui faire « concurrence » sur le terrain de l'expertise clinique et de la prise de décision médicale. Elles se définissent encore comme des soignantes, même si leur fonction de coordination comprend également une activité de « représentation » du réseau (communication et information sur le réseau auprès des professionnels de santé et des patients). Elles sont à la fois des « adjointes » des médecins promoteurs du réseau dans les tâches cliniques et des « VRP » du réseau. Les infirmières coordonnatrices de Doué-la-Fontaine, de Parthenay et de Tarbes s'inscrivent dans ce modèle de carrière qui leur permet de sortir du strict soin technique, de réaliser un acte plus intellectuel (le bilan de la situation, approche globale, discussion avec plusieurs intervenants...) et d'accéder au statut de cadre en dehors du contexte hospitalier : « *on a pris le haut de l'échelon infirmier, donc on se retrouve à peu près à l'équivalent. Un cadre équivalent, disons* » (infirmière coordonnatrice, Doué).

Plus rarement, souvent après avoir exercé des fonctions de coordinations selon ce premier modèle de carrière, les infirmières elles-mêmes sont à l'origine de réseaux de santé ou en deviennent directrices. Elles abandonnent alors leur « activité centrale » (Hughes, 1996) (ici le travail clinique) pour exercer ces fonctions. Sur l'un de nos terrains d'enquête, à Fécamp, l'infirmière coordonnatrice du réseau de soins palliatifs de cette ville, illustre ce modèle de carrière. Elle a vingt-cinq ans d'expérience, d'abord à l'hôpital puis dans un SSIAD dont elle devient rapidement la coordonnatrice-directrice. Alors que les infirmières du premier modèle ne disposent pas systématiquement d'un diplôme de cadre, elle est titulaire du CAFDES (certificat d'aptitude aux fonctions de direction d'établissement social) qui sanctionne une formation aux fonctions de direction dans le secteur sanitaire et social. Elle définit son travail comme celui d'un chef de projet et d'un manager qui contrôle le travail des intervenants du domicile. En ce sens, sa façon d'investir le rôle de coordonnateur de réseau est plus proche de celle des médecins coordonnateurs, que nous avons décrits plus haut, que des « infirmières coordonnatrices » dont la carrière se déroule encore auprès du patient.

## **Les travailleurs sociaux : le travail en réseau ou la continuation du travail d'animation dans un autre secteur**

Les deux travailleurs sociaux « coordonnateurs » rencontrés dans notre enquête exercent dans des réseaux gérontologiques, où l'articulation avec les services sociaux des caisses de Sécurité sociale et du conseil général occupe une place plus importante que dans le champ des soins palliatifs.

Ces travailleurs sociaux décrivent leur trajectoire comme un simple changement de secteur d'activité, qui n'a pas profondément affecté le contenu de leur travail et ne constitue pas une réelle « bifurcation » dans leur carrière. Dans le réseau de Limoux, l'assistante sociale dit mobiliser son expertise d'évaluation sociale (bilan social à domicile, accompagnement de la prise en charge administrative des dossiers) de la même façon qu'elle le faisait auparavant dans des associations d'insertion auprès des jeunes et auprès des institutions psychiatriques. Elle collecte l'information sur le patient pour la diffuser aux différents intervenants et joue également un rôle de représentation du réseau. De même, l'animatrice socioculturelle du réseau de « PAPA Bouscat » précité dit mobiliser les compétences classiques de l'animateur et n'avoir fait que changer de secteur d'intervention : *« J'ai appris à travailler en équipe pluridisciplinaire et j'ai appris différents langages, celui du géomètre, de l'urbaniste, du statisticien. Donc c'est vrai que j'avais cette ouverture d'esprit là, et là le monde médical, je me suis juste dit, bon, c'est un autre langage, c'est d'autres gens, point [...] Je me suis retrouvée tout à fait dans mon boulot d'animateur parce qu'on part du projet de la personne âgée, et donc l'animateur se retrouvait totalement »*. Dans les deux cas, les réseaux de santé ne sont pas pensés comme une réelle opportunité pour donner une orientation nouvelle à une carrière, mais comme un secteur parmi d'autres où faire carrière.

La diversité des modèles de carrière rencontrés autour de la coordination dans les réseaux de santé nous conduit à dire que la coordination ne constitue pas encore un marché sur lequel on peut faire durablement une « carrière » spécifique. L'exercice de fonctions de coordination n'est pas nécessairement vécu comme l'activité centrale qui « fait la carrière », notamment pour les médecins, pour qui la détention d'une expertise clinique semble toujours plus légitimante que l'exercice de fonctions de coordination.

### ***Des règles de recrutement en construction : entre relations interpersonnelles, expérience professionnelle et formation***

Les modalités de recrutement des coordonnateurs, notamment l'importance attachée à la formation et aux diplômes, sont des indicateurs importants pour cerner l'état de fermeture du marché du travail autour de la coordination.

## L'autorecrutement des médecins coordonnateurs de réseaux

Les médecins coordonnateurs, dont nous avons parlé plus haut, se trouvent dans une situation particulière dans la mesure où, étant le plus souvent les promoteurs des réseaux, ils créent leur propre poste de coordonnateur. On peut cependant repérer certains éléments dans leur trajectoire qui les rendent, à leurs yeux comme à ceux des financiers et des professionnels de terrain, légitimes pour exercer des fonctions de coordination. L'implantation locale, la connaissance de l'environnement apparaît comme le premier critère d'un « bon » coordonnateur de réseaux. Les médecins insistent sur leur connaissance du terrain (les caractéristiques des patients comme des professionnels) et la plupart sont des médecins du cru, installés depuis de nombreuses années et, même pour certains, nés dans la commune du réseau.

Surtout, la détention d'une expertise, en gériatrie ou en soins palliatifs, est le critère discriminant pour envisager devenir médecin coordonnateur. La référence à un diplôme en soins palliatifs ou en gériatrie a même été inscrite par les promoteurs des réseaux dans les conventions ou chartes des réseaux pour définir les compétences des médecins coordonnateurs (réseau de Tarbes, réseaux de la MSA). Cette expertise clinique apparaît alors comme un « droit d'entrée » sur le marché du travail des « médecins coordonnateurs de réseau », calqué sur le modèle des médecins coordonnateur de maison de retraite. On peut y voir une façon de s'approprier une « niche » sur le marché du travail des médecins, sur laquelle n'iront ni les médecins hospitaliers (l'exercice en réseau est moins « prestigieux » et, comme on l'a vu, plus précaire que l'exercice en hôpital) ni les médecins généralistes non diplômés.

## La prégnance des relations interpersonnelles dans les modes de recrutement

Lorsqu'ils recrutent les permanents du réseau, les médecins accordent une grande importance aux relations interpersonnelles, de sorte que le marché du travail des coordonnateurs n'est pas exclusivement structuré par des règles « formelles » comme la formation et le diplôme.

Les médecins peuvent, dans certains cas, modifier des règles de recrutement préétablies par les acteurs gestionnaires. C'est le cas à Doué-la-Fontaine où les médecins promoteurs ont exigé de recruter une infirmière en lieu et place d'une secrétaire pour assurer la coordination de proximité. Dans ce cas comme dans d'autres (« PAPA Bouscat » notamment), les médecins attendent des coordonnateurs de proximité qu'ils sachent s'adapter au milieu médical et qu'ils ne soient pas « menaçant » ni pour eux-mêmes (qu'ils ne détiennent pas une expertise supérieure) ni pour les médecins traitant (en leur prenant une clientèle, en remettant en cause leur pouvoir de décision...) : *« On était dans l'idée d'avoir un professionnel de terrain qui sache parler le langage médical et le langage social, et comme on avait mis en place au départ un ergothérapeute, on a continué à embaucher des ergothérapeutes. L'ergothérapeute n'était pas menaçant pour les autres, donc ça pouvait continuer comme ça... »* (ergothérapeute « PAPA Bouscat »).

Les liens personnels sont donc primordiaux dans les processus de recrutement des permanents du réseau par les médecins promoteurs/coordonnateurs. Les cas de l'infirmière du réseau de Tarbes et de l'animatrice socioculturelle de celui de « PAPA Bouscat » sont ici exemplaires. L'infirmière de Tarbes a été recrutée directement par le médecin qui la connaissait pour avoir déjà travaillé avec elle sur un autre réseau, et elle accepte ce poste en raison de la présence de ce médecin, dont elle se définit comme « l'adjointe ». Sur le site de « PAPA Bouscat », l'animatrice et le médecin promoteur du réseau se sont connus par l'intermédiaire de leurs enfants et la première a accepté la proposition de recrutement du second.

### **L'importance croissante des formations : légitimité sociale des médecins contre légitimité d'un diplôme de coordonnateur**

Les premiers diplômes de « coordonnateurs de réseaux de santé » sont apparus dans les années 2000, en dehors des facultés de médecine et des instituts de formation infirmiers. Nous avons repéré deux diplômes de troisième cycle <sup>1</sup> proposés par des facultés de sciences économiques et de gestion dont les enseignements portent sur le droit des réseaux, sur la gestion de projet, les démarches qualité, le système d'information, l'évaluation des réseaux. S'ils s'adressent à tous les professionnels de santé, ils intéressent au premier chef les soignants.

On a vu, en effet, que pour les travailleurs sociaux, l'activité de coordination fait partie intégrante de leur métier, ils ne cherchent donc pas à obtenir un diplôme supplémentaire (les deux travailleurs sociaux rencontrés sur nos terrains disposent déjà d'un diplôme de maîtrise).

De leur côté, les médecins trouvent leur légitimité à agir dans la coordination dans leur expertise clinique et ils délèguent à d'autres (les infirmières coordonnatrices ou les travailleurs sociaux) une partie du travail de coordination. Sur les deux formations que nous avons identifiées, l'une recrute principalement des soignants non médecins et l'autre des soignants et des représentants des organismes financeurs des réseaux (notamment des médecins conseils des caisses et mutuelles).

Une association nationale des coordonnateurs de réseau a été créée à l'initiative des membres de la première promotion de l'un de ces diplômes. Composée presque exclusivement de soignants, cette association revendique la création d'une nouvelle profession de « coordonnateur » dans la nomenclature des professions de santé. Le point de départ de cette revendication est le constat d'une inégalité de rémunération entre médecins et infirmières dans l'exercice de mêmes fonctions de coordonnateurs. Pour le président de l'association, la coordination est une fonction qui dépasse les clivages professionnels : « *Je pense que c'est un plus de savoir de quoi on parle, mais*

<sup>1</sup> Il s'agit du DESS « Coordonnateur de réseaux sanitaires et sociaux » de l'université Aix-Marseille III et du DESS « Ingénierie des réseaux de santé » de l'université de Marne-la-Vallée.

*c'est pas indispensable. C'est pas un métier de soignant pour moi, coordonnateur* ». Il s'est donc engagé dans une entreprise de fermeture du marché du travail des coordonnateurs associant une fonction à un diplôme et à un niveau de rémunération et permettant d'exclure du marché ceux qui ne correspondraient pas aux critères d'entrée définis par les coordonnateurs en place : « *En fait, ce qui est important dans le statut, c'est aussi de définir la formation du coordonnateur. Pour avoir un statut d'infirmier, il faut avoir le diplôme d'État, pour un coordonnateur, il faudrait une liste de formations, ou une expérience professionnelle permettant d'avoir ce statut-là. C'est important aussi pour ne pas avoir n'importe qui* » (infirmière, réseau d'Aix).

Cette entreprise de clôture du marché ne porte que sur une partie seulement des carrières qui gravitent autour de la coordination, carrières qui se réalisent aujourd'hui encore largement sur des critères informels et dans lesquelles l'expertise clinique et l'expérience professionnelle apparaissent encore comme des critères primordiaux (devant la formation aux fonctions de coordonnateurs), laissant ce marché du travail relativement ouvert.

## ■ Conclusion

Si c'est bien l'impératif gestionnaire qui conduit à la formalisation, cette recherche a fourni l'occasion de mettre en évidence non pas l'opposition mais l'interdépendance des acteurs gestionnaires et professionnels dans l'émergence de nouveaux territoires professionnels.

Au vu de la large place accordée au médecin généraliste dans les projets de réseaux réformateurs (dits projets « Soubie », cf. encadré), ce dernier semble sortir gagnant de la formalisation de coordination dans le champ des soins palliatifs et gériatologiques au domicile. Les observations de terrain laissent cependant penser que les tâches de coordination ne sont pas réellement investies au quotidien par les médecins généralistes. Le modèle du médecin généraliste coordonnateur, résultat de l'arrangement entre logique gestionnaire et dynamique professionnelle, ne semble opératoire qu'à la condition de disposer d'une coordination de proximité assurée par des infirmières ou des travailleurs sociaux en support de l'expertise médicale et/ou de disposer d'une supervision conduite par des médecins « experts ».

L'analyse des trajectoires professionnelles des promoteurs de réseaux montre combien ils apparaissent progressivement comme des leaders d'équipes du domicile, médiateurs entre le monde hospitalier et le monde ambulatoire. La reconnaissance de ce rôle et de ces compétences pouvant aller jusqu'à l'intégration au sein du monde hospitalier universitaire qui constitue le lieu principal de la reconnaissance et de l'institutionnalisation dans l'ordre médical.

Les timides tentatives de clôture du marché du travail des coordonnateurs par la mobilisation des sciences de gestion illustrent la difficulté que rencontrent les professions non médicales à inscrire ces nouvelles compétences clinico-organisationnelles dans un cadre universitaire qui leur serait

spécifique. La gestion est donc doublement mobilisée par les professions de soins de proximité, à la fois pour faciliter l'émergence de nouveaux rôles et de nouvelles pratiques mais aussi comme cadre théorique de production de nouveaux savoirs abstraits. Curieusement, alors même que les médecins généralistes se voient reconnus dans leur fonction de coordination, ils ne semblent pas investir ce champ ce qui est peut-être à mettre en lien avec la difficulté de la médecine générale et, plus généralement, les pratiques du domicile à trouver leur place dans un espace professionnel académique principalement restreint au cadre hospitalier (Grémy, 1999).

La logique gestionnaire largement guidée par un souci de régulation économique initialement sous-jacente aux réseaux, se déplace aujourd'hui sur d'autres scènes comme le montre la réforme de l'assurance maladie. Paradoxalement, la récente réforme de l'assurance maladie et la négociation conventionnelle qui a suivi ont conduit à une remise en cause du modèle du médecin généraliste coordonnateur émergeant des expériences de réseaux. L'objectif d'amélioration de la coordination des soins qui a guidé la réforme reste finalement imprécis (médecin traitant, dossier médical personnalisé) et vise à modifier les comportements des médecins et des patients dans une perspective macroéconomique. Une partie importante des médecins généralistes conteste ces orientations, en mettant l'accent sur les moyens nécessaires, et considérés comme insuffisants dans la réforme, qui doivent être attribués au médecin traitant, pour exercer correctement la fonction de coordination. Ce conflit sur les moyens de réaliser la coordination risque de laisser à nouveau de côté la conception, voire la pratique, de la coordination définie comme l'agencement des tâches élémentaires (ici les pratiques médicales et soignantes) permettant de réaliser une activité donnée (fournir des soins au patient). Or, nous avons constaté dans les réseaux étudiés que le médecin généraliste, ou traitant, ne semble pas pouvoir et parfois pas vouloir assumer seul un tel travail et qu'il doit être aidé par un coordonnateur de proximité, au statut bien incertain, qu'il supervise et qui se met de fait à son service. La coordination nécessiterait donc un cadre organisationnel permettant une collaboration étroite entre médecin coordonnateur et un coordonnateur de proximité pour être mise en pratique. Ce cadre serait alors, selon les cas, constitué par les réseaux partenaires des médecins ou par des regroupements de médecins capables de recruter des coordonnateurs.

La raréfaction de la ressource professionnelle (rapport ONDPS, 2004) constitue une nouvelle contrainte qui est actuellement accompagnée de projets de refonte de la formation universitaire (notamment des professions non médicales), et d'introduction d'expérimentation sur un nouveau partage des compétences entre professions de santé (Berland, 2003). Le processus de formalisation de la coordination ne fait alors peut-être que commencer, posant la question de la reconnaissance symbolique, académique et non plus seulement financière dans le champ sanitaire des pratiques et savoirs élaborés au sein des réseaux et d'une façon plus générale dans le domaine des soins primaires.

## Bibliographie

- ABBOTT A., (1988), *The system of professions. An essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, The University of Chicago Press.
- ABBOTT A., (2003), « Écologies liées : à propos du système des professions », in Menger P.-M. (dir.), *Les professions et leurs analyses sociologiques*, Paris, Éditions de la MSH, p. 29-50.
- BASZANGER I., (1995), *Douleur et médecine. La fin d'un oubli*, Paris, Seuil.
- BERCOT R., DE CONINCK F., (2003), *Réseaux de santé : nouvelles solidarités, nouvelles relations de services*, Rapport MiRe.
- BUNGENER M., POISSON-SALOMON A.-S., (1998), *Travailler et soigner en réseau – exemple des réseaux ville-hôpital pour la prise en charge de l'infection à VIH en région parisienne. Paris : questions en santé publique*, Les éditions INSERM.
- BUSCATTO M., (2002), « Des managers à la marge : la stigmatisation d'une hiérarchie intermédiaire », *Revue française de sociologie*, n° 1, 73-96.
- CARR-SAUNDERS A.-M., WILSON P. A., (1933), *The professions*, Oxford, Clarendon Press.
- CASTRA M., (2003), *La mort à distance. Une sociologie des soins palliatifs*, Paris, PUF.
- CRESSON G., SCHWEYER F.-X. (dir.), (2000), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, Rennes, Éditions ENSP.
- DUBAR C., TRIPIER P., (1998), *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin.
- FRANCOIS P., (2004), « Carrière et marché du travail : clôture et concurrence sur le marché du travail des musiciens spécialisés dans la musique ancienne », *Conférence intermédiaire du CR 52 de l'Association internationale de sociologie*, « Sociologie des groupes professionnels », université Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines, 22-24 septembre.
- GREMY F., (1999), *La réforme Debré un tiers de siècle après : actes du colloque de Caen, 9-10 décembre 1996*, Éditions ENSP.
- GUSFIELD J. R., (1981), *Drinking-driving and the symbolic order. The culture of public problems*. Chicago, University of Chicago Press, 263 p.
- HUGHES E. C., (1996), *Le regard sociologique*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- JOHNSON T., LARKIN G., SAKS M., (1995), *Health professions and the State in Europe*, London, Routledge.
- LAROQUE M. (dir.), (1962), *Politique de la vieillesse*, Rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, Paris, La Documentation française.
- LAUNOIS R.-J., MAJNONI D'INITIGNANO B., RODWIN V., STEPHAN J.-C., (1985), « Les réseaux de soins coordonnés : propositions pour une réforme profonde du système de santé », *Revue française des Affaires sociales*, n° 1, janvier-mars.
- LE BIANIC T., (2003), *Le rôle de l'État dans le processus de professionnalisation. L'exemple de la psychologie en France 1945-1985*, séminaire de thèse, 5 mai 2003, LEST, 31 p.
- LEGRAND M., SCHLERET Y., (1992), « La coordination : des procédures, un processus », *Les Cahiers de l'ACTIF*.
- MINO J.-C., LERT F., (2003), « Le travail invisible des équipes de soutien et conseil en soins palliatifs au domicile », *Sciences sociales et santé*, n° 1, p. 35-63.

- MOULIN P., (2000), « Les soins palliatifs en France : un mouvement paradoxal de médicalisation du mourir contemporain », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. CVIII, p. 125-159.
- OGIEN A., (1995), *L'esprit gestionnaire. Une analyse de l'air du temps*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- PARADEISE C., (1988), « Les professions comme marché du travail fermé », *Sociologie et sociétés*, n° 2, p. 9-22.
- SOUBIE R. (dir.), (1993), *Santé 2010*, Commissariat général du Plan. Paris, La Documentation française.
- STRAUSS A., (1992), *La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.
- THOMAS L.-V., (1993), « Grandeur et misères des unités de soins palliatifs », in Montandon A. (ed.), *Savoir mourir*, Paris, L'Harmattan.
- VEDEL I., BOURGUEIL Y., DE STAMPA M., FRATTINI M.-O., (2000), *Les expériences de réseau et/ou coordination gérontologique en Ile-de-France. Étude exploratoire*, Rapport auprès de la Société de gérontologie d'Ile-de-France, DIES – Groupe Image, septembre, 83 p.
- VEYSSET-PUIJALON B. (dir.), (1992), *La coordination gérontologique : démarche d'hier, enjeu d'aujourd'hui*, Paris, Fondation de France.
- WILENSKY H., (1964), « The professionalization of Everyone ? », *American Journal of Sociology*, 2, 137-158.