

# Pouvoir et médecine

Contributions de la série d'événements  
Medical Humanities 2017-2020

# Normes fonctionnelles et conflictuelles/égalitaires dans la collaboration interprofessionnelle. Une perspective sociologique

D' Julie Page

Directrice du service santé, Croix-Rouge suisse

D'un point de vue sociologique, la collaboration interprofessionnelle est façonnée par deux normes partiellement contradictoires : la norme fonctionnaliste et la norme conflictuelle/égalitaire. Or il faut tenir compte des deux si l'on veut assurer la réussite de cette coopération.

## La collaboration interprofessionnelle dans la perspective de la théorie fonctionnaliste

Selon la théorie fonctionnaliste<sup>5</sup>, la collaboration interprofessionnelle a pour fonction d'assurer l'efficacité et l'économie du système de santé publique. Les problèmes apparaissent quand la communication et la coopération entre les corps de métier ne se déroulent pas de façon optimale, occasionnant des doublons ou des erreurs. La norme fonctionnaliste inclut l'attente que ces problèmes soient résolus. Mais elle n'aborde ni ne problématise la répartition du pouvoir dans le système (de santé). Elle s'attache plutôt à décrire la structure (de domination) en place, au sein de laquelle il faut optimiser le fonctionnement. En témoignent, par exemple,

- *l'administration de médicaments à l'hôpital*. D'habitude, ce sont les médecins qui prescrivent les médicaments en concertation avec le patient ou la patiente, mais ce sont les personnels soignants qui les administrent. Ce qui peut provoquer des erreurs. La norme fonctionnaliste exige une médication la moins erronée possible via la vérification et l'optimisation du processus (par exemple grâce à l'implication du personnel soignant dans le diagnostic et la médication, la bonne communication entre tous les participants, une documentation claire ou des routines de distribution réduisant les erreurs);
- *et les interfaces dans le parcours du ou de la patient-e*, qui représentent souvent des maillons faibles. Une communication précise, rapide et exhaustive entre les divers experts impliqués et les institutions est impérative lorsqu'un-e médecin traitant-e adresse son patient ou sa patiente à une spécialiste ou dans le cas de soins consécutifs à un séjour hospitalier. Dans la perspective fonctionnaliste, ce processus doit constamment être

contrôlé et amélioré en cas de défaillance. Toutefois, les positions statutaires sont exclues de la vérification.

## La collaboration interprofessionnelle dans la perspective de la théorie du conflit

La théorie du conflit<sup>6</sup> postule que les structures et systèmes sociaux évoluent sous l'effet des conflits. Mais le conflit étant une nécessité, et non pas l'objectif réel, le concept de « norme égalitaire » se prête mieux à décrire cette approche. La norme égalitaire repose sur l'égalité, notamment sur l'égalité des droits, et sur le respect mutuel. Dans cette perspective, la collaboration entre les professionnels est juste et équitable si, et seulement si, les professions impliquées possèdent les mêmes droits, c'est-à-dire les mêmes pouvoirs. Or, le secteur de la santé est forgé par des hiérarchisations de pouvoir et de prestige, que les professions du bas de l'échelle estiment illégitimes. Elles exigent un changement dans la répartition actuelle du pouvoir. Mais de nombreuses autres normes et valeurs ancrent fermement les hiérarchies professionnelles. Les professionnels dotés de moins de pouvoir et travaillant à des postes moins prestigieux constatent donc que l'égalité des droits est rarement atteinte en matière de collaboration interprofessionnelle au sein du système de santé. Dans la collaboration entre professions médicales et non médicales, les médecins ont davantage de pouvoir, même lorsque ce n'est pas nécessaire d'un point de vue fonctionnel. La coopération interprofessionnelle est donc souvent pétrie de conflits. Nous présentons ci-dessous quelques cas de normes conflictuelles/égalitaires en matière de collaboration interprofessionnelle :

- *Compétences des sages-femmes et des médecins au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité (post-partum)*<sup>7</sup> : les sages-femmes se déclarent seules responsables des femmes en bonne santé et des accouchements « conformes aux règles » et critiquent la médicalisation de la naissance. Pour les accouchements à risques, elles attendent une collaboration

5 Voir les travaux des deux sociologues Talcott Parsons et Robert K. Merton.

6 Selon des sociologues tels que Karl Marx, Gerhard Lenski ou Ralf Dahrendorf.

7 Par exemple pour les États-Unis : Hartley, Heather (2002) : The system of alignment challenging physician professional dominance: an elaborated theory of countervailing powers, in: *Sociology of Health and Illness* 24, pp. 178-207.

interprofessionnelle égalitaire.

- *Les mutations démographiques, économiques et culturelles produisent des transformations du système et des professions de santé*: de nouveaux métiers apparaissent, d'autres perdent de leur signification, les activités professionnelles se modifient<sup>8</sup>. Ces changements s'accompagnent d'une renégociation des champs d'action, de compétence et de responsabilité, ce qui occasionne généralement des conflits, parce qu'il y va aussi du pouvoir. Cette négociation est nécessaire dans une perspective fonctionnaliste et vise à ce qu'une tâche soit exécutée par la personne la mieux qualifiée.
- *Accès aux thérapies et leur financement*: les professionnels du secteur thérapeutique contestent la nécessité d'un diagnostic et d'une prescription par un-e médecin pour les soins dans lesquels ils sont spécialisés. Or, les diagnostics, prescriptions ou transferts effectués par le corps médical représentent la condition sine qua non du financement de la thérapie par les caisses d'assurance maladie ou l'assurance sociale. Les physiothérapeutes réclament que la patientèle ait un « accès direct » aux thérapies (non médicales). Les diagnostics et prescriptions ne devraient pas être a priori formulés par un-e médecin, mais sur la base de qualifications professionnelles spécifiques. S'ils aspirent vivement à une collaboration entre professionnels, les thérapeutes ne l'envisagent pas autrement que dans des conditions d'égalité. Ce souhait correspond à la norme égalitaire et est conflictuel, parce qu'il n'est pas autorisé par la loi et que le corps médical défend son monopole en matière de diagnostic.

## Hypothèses

- Dans le secteur de la santé, la norme égalitaire des professions de statut inférieur peut entraver la satisfaction de la norme fonctionnaliste, lorsque ces mêmes professions mettent en doute ou ne suivent pas complètement les normes et instructions fonctionnellement pertinentes des professions de statut supérieur. En ce sens, le faible taux de vaccination des personnels soignants peut s'expliquer comme une résistance à la médecine orthodoxe du corps médical, qui bénéficie d'un statut supérieur.

- La transformation des professions de santé induit des changements de position de pouvoir, mais aussi de prestige et de privilèges (par exemple, les revenus). Ce processus s'accompagne de conflits qui s'expriment dans la collaboration interprofessionnelle – la plupart du temps sur un mode dysfonctionnel.
- L'académisation de certaines professions de santé dans les hautes écoles professionnelles renforce la norme égalitaire, les compétences comme le prestige augmentant sous l'effet du diplôme de l'enseignement supérieur. Simultanément, l'acceptation du corps médical croît, ce qui réduit les disparités de pouvoir et profite à la norme fonctionnaliste. Aussi, s'exercer de façon ciblée à la collaboration interprofessionnelle dès la formation est non seulement important sur les plans professionnel et pragmatique, mais offre une chance de réduire les entraves à la fonctionnalité découlant de la revendication égalitaire.

## Conclusion

Le bon fonctionnement de la collaboration interprofessionnelle constitue un défi qui, dans la perspective discutée ici, peut être surmonté de la façon suivante :

Sous l'angle fonctionnaliste, améliorer la coopération interprofessionnelle nécessite de prendre des mesures à deux niveaux, celui de la formation et celui de la pratique. Dans le même temps, il faut toujours prendre également en compte la perspective égalitaire et conflictuelle, précisément la lutte interprofessionnelle pour le pouvoir, le prestige et les privilèges.

La répartition satisfaisante pour tous des pouvoirs et privilèges devrait être mise en place de façon relativement claire et transparente au moyen de processus de négociation<sup>9</sup>, faute de quoi des conflits de pouvoir (la plupart latents) entraveront la collaboration entre les professionnels, ce qui nuit à la fois aux personnels engagés et aux patient·e·s.

8 Estermann, Josef, Julie Page et Ursula Strecken (2013) : Alte und neue Gesundheitsberufe. Soziologische und gesundheitswissenschaftliche Beiträge zum Kongress «Gesundheitsberufe im Wandel» (Winterthour 2012), Vienne; Nancarrow, Susan A. et Alan M. Borthwick (2005) : Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce, in: *Sociology of Health and Illness* 27(7), pp. 897-919.

9 Voir les directives sur cette question in : Académie Suisse des Sciences Médicales (2014) : Charte de collaboration entre les professionnels de la santé, Bâle.