

Les recommandations de bonne pratique en santé. Du savoir médical au pouvoir néo-managérial

Christine Rolland, François Sicot

▶ **To cite this version:**

Christine Rolland, François Sicot. Les recommandations de bonne pratique en santé. Du savoir médical au pouvoir néo-managérial. Gouvernement & action publique, 2012, 3 (3), 10.3917/gap.123.0053 . hal-01499876

HAL Id: hal-01499876
https://univ-tlse2.hal.science/hal-01499876

Submitted on 1 Apr 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

GOUVERNEMENT
& action publique

Juillet-septembre 2012 03

SciencesPo. Les Presses

LES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE EN SANTÉ

Du savoir médical au pouvoir néo-managérial

Christine Rolland et François Sicot[1]

Résumé : Les recommandations de bonne pratique sont exemplaires de la gouvernementalité néo-libérale dans le secteur de la santé, telle qu'à l'œuvre dans la doctrine du *New Public Management*. Basées en principe sur le savoir issu de la médecine des preuves, elles bénéficient de l'aura d'une légitimité scientifique. En France, elles sont produites et diffusées par des agences étatiques qui œuvrent avec l'Assurance maladie pour réguler l'information médicale et encadrer les pratiques, au nom de la maîtrise des dépenses de santé, de la qualité des soins dispensés et d'objectifs de santé publique. Afin d'atteindre ces visées sans remettre en cause frontalement l'autonomie de la profession médicale, les promoteurs des bonnes pratiques multiplient les outils, notamment conventionnels, de leur intégration.

MOTS-CLÉS : GOUVERNEMENTALITÉ – *NEW PUBLIC MANAGEMENT* – POLITIQUE DE SANTÉ – PRATIQUES MÉDICALES – RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Abstract:

BEST PRACTICE RECOMMENDATIONS IN HEALTH: FROM MEDICAL KNOWLEDGE TO NEO-MANAGERIAL POWER

Best practice recommendations illustrate neo-liberal governance in the health sector, as expressed in the *New Public Management* doctrine. They are principally based on knowledge stemming from evidence based medicine and benefit from a scientific legitimacy. In France, they are produced and disseminated by state agencies working with health insurance bodies in order to regulate medical information and guide practice, thus claiming to control spending on health, the quality of care and public health objectives. In order to achieve these aims without overtly compromising the autonomy of physicians, the agencies extolling these recommendations use several conventional tools to integrate best practice guidelines.

KEYWORDS: BEST PRACTICE RECOMMENDATIONS – GOUVERNEMENTALITY – HEALTH POLICY – MEDICAL PRACTICES – NEW PUBLIC MANAGEMENT

1. Nous remercions vivement Frédéric Pierru pour sa lecture attentive et avisée d'une version antérieure de ce texte.

Introduction

La France participe d'un mouvement international qui a vu se développer les recommandations de bonnes pratiques (RBP) d'abord dans le champ médical et dans le sillage de la médecine basée sur les preuves (Marks, 1999) puis dans l'ensemble des champs d'action des professionnels de l'intervention sur autrui : éducation, criminalité, intervention sociale.

Si l'on se réfère à la définition de la Haute autorité de santé (HAS), agence chargée de les produire et de les diffuser, les RBP sont « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». L'objectif affiché par les promoteurs est « d'informer les professionnels de santé et les patients et usagers du système de santé sur l'état de l'art et les données acquises de la science afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins »[2].

Dans la littérature sociologique, les grands axes d'analyse de ces recommandations portent sur leur genèse ; les conditions et modalités de leur élaboration ; les controverses ; les conditions et les obstacles à leur mise en œuvre dans un service, une structure ou auprès d'une profession ; le type de changements qu'elles introduisent dans les pratiques professionnelles[3]. En France, très schématiquement, les travaux sur les RBP dans le secteur médical ont privilégié une lecture sous l'angle de la sociologie des professions et portent en grande partie sur la question de savoir si ces normes remettent en cause ou non l'autonomie des médecins. Certains auteurs considèrent que les RBP l'ont entamée du fait de leur élaboration sous la houlette d'experts ou d'épidémiologistes (Lemiengre, 2008) ou de celle d'une élite médicale (Benamouzig, Pierru, 2011). D'autres mettent en avant l'emprise gestionnaire (Ogien, 2000) et parlent « d'industrialisation » de la médecine (Le Pen, 1999) ou encore d'« une redistribution des pouvoirs en direction des deux autres catégories d'acteurs, les régulateurs et les patients » (Setbon, 2000).

Il nous semble plus juste de poser l'hypothèse d'une dynamique de reconfiguration des pratiques reposant sur l'argument de légitimité des recommandations basées sur des données acquises par une démarche scientifique dans l'appréciation du comportement médical. De plus, il ne s'agit pas tant d'une érosion de l'autonomie professionnelle que d'une « régulation hétéro-normée de plus en plus complexe et multilatérale qui constitue une caractéristique du monde médical des vingt à trente dernières années » (Hammer, 2010, p. 50). C'est pourquoi les travaux reposant uniquement sur des observations de pratiques et centrés sur l'application des RBP en consultation ne permettent pas de mettre en évidence les effets de cette régulation qui opère par diverses voies.

Nous adoptons dans cet article une perspective foucaldienne portant sur les technologies de gouvernement et les modes de régulation des sociétés contemporaines. Prenant

2. Haute autorité de santé (en ligne) [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5233/recommandations-de-bonne-pratique?cid=c_5233].
3. Outre Timmermans, Berg, 2003 et Berg *et al.*, 2000 pour les États-Unis, voir pour la France, Bachimont *et al.*, 2006 ; Castel, 2005, 2006 et 2008 ; Castel, Robelet, 2009 ; Jacques *et al.*, 2007 ; Langeard, 2010 ; Saillour-Glénisson, Michel, 2003 ; Trépos, Laure, 2008 ; Urfalino *et al.*, 2001.

acte des changements de contexte politique à la fin des années 1970, Michel Foucault met l'accent sur « l'ensemble des pratiques par lesquelles on peut constituer, définir, organiser, instrumentaliser les stratégies que les individus, dans leur liberté, peuvent avoir les uns à l'égard des autres. Ce sont des individus libres qui essaient de contrôler, de déterminer, de délimiter la liberté des autres et, pour ce faire, ils disposent de certains instruments pour gouverner les autres » (Foucault, 1994a, p. 728-729). Pour désigner cette « conduite des conduites », Foucault forge, à partir de 1978, le concept de « gouvernementalité » (Foucault, 1994b) qui va susciter nombre de travaux et, notamment en Grande-Bretagne, un courant de recherches sur les évolutions et innovations du gouvernement et des politiques publiques de l'ère néolibérale (Burchell *et al.*, 1991)[4]. Dans cette optique, et à partir des analyses fondatrices de Rose et Miller, différentes recherches ont été menées, aussi bien en Europe qu'outre-Atlantique, sur « les programmes des politiques publiques, les statistiques, les techniques, les instruments, les documents, les procédures au travers desquelles les autorités donnent corps et effets à leurs ambitions » (Rose, Miller, 1992, p. 175), ainsi que les savoirs (experts) mobilisés. Ces travaux méritent aujourd'hui d'être mis en perspective avec les analyses d'une forme d'action publique qui a émergé au Royaume-Uni et aux États-Unis au cours des années 1980 et qui s'est développée en France depuis le début des années 2000 : le *New Public Management* (NPM), doctrine protéiforme qui vise à développer les activités de contrôle par l'État ou ses intermédiaires *via* un ensemble d'outils d'évaluation et d'indicateurs de résultat (Bezes, 2005, 2009 et 2011).

C'est dans ce cadre politique que le choix d'une analyse des RBP comme instrument de gouvernementalité dans le secteur de la santé s'est en quelque sorte imposé à nous. Nous nous référons en ce sens aux apports de Pierre Lascoumes qui a introduit la perspective de la gouvernementalité dans l'analyse des politiques publiques afin de « renouveler les analyses de l'État au concret », mettre l'accent sur l'instrumentation du pouvoir, c'est-à-dire « une approche matérielle des pratiques étatiques, des actes par lesquels s'opérationnalise le gouvernement des sujets » (Lascoumes, 2004. Voir aussi Lascoumes *et al.*, 2005, 2011). Notre posture requiert de considérer les RBP comme des modalités d'action publique, ce qui implique de les situer au sein d'un ensemble de processus de prises de décisions politiques[5] et d'adopter un regard critique sur la rationalisation de la pratique médicale. La référence à la science de la médecine des preuves permet de revendiquer la mise en œuvre d'un État rationnel (Jacob, 2009) dont l'efficacité repose sur des décisions fondées sur des données « probantes » (Heinrich, 2007). Or, les RBP apparaissent au sein d'un univers sémantique et instrumental – évaluation, accréditation, indicateurs de « performance », management, démarche qualité – qui atteste de la montée en puissance d'une gouvernementalité néo-libérale du système de santé dans laquelle des « nouvelles bureaucraties techniques » – des agences – qui assurent le travail d'élaboration et de promotion de ces instruments de rationalisation des pratiques médicales : « les agences sanitaires

4. Il est vrai également que « le Royaume-Uni est le pays européen qui a le premier et le plus activement promu ce renouveau [la modernisation de l'action publique]. Le service public de santé a été un des principaux laboratoires des réformes » (Raffenne, 2010, p. 271).

5. Ce que certains dénoncent comme une opération de « mise en marché » – via des processus, incrémentaux très souvent, de privatisation et de libéralisation tant de l'offre que du financement des soins – du système de santé français (Hassenteufel, 2001 ; Pierru, 2007 ; Batifoulier *et al.*, 2008 ; Guillemin, 2008) et de ses homologues européens.

apparaissent comme des formes alternatives aux administrations traditionnelles, permettant une meilleure efficacité, une indépendance mieux affirmée et une plus grande transparence pour le citoyen. Elles sont aussi conçues comme le support institutionnel d'une médecine et d'une science plus libérales, développant une capacité à fonder leurs pratiques sur des éléments partagés et publiquement discutés » (Benamouzig, Besançon, 2005, p. 304). Leur mode de gouvernement, en apparence purement technique, fait découler les décisions politiques – au sens de chargées de valeurs – de procédures scientifiques, de sorte qu'il les dépolitise[6]. Par ailleurs, la sanction en cas de non-respect des RBP ne constitue qu'une modalité, peut-être marginale, des outils dont se dotent ses producteurs pour modifier les comportements des professionnels, à côté de degrés variables de conseils, d'incitations, de référence à l'autonomie et à la responsabilité caractéristiques de cette « conduite des conduites » visée par M. Foucault. Enfin, la gouvernementalité s'appuie en son principe sur un ensemble de savoirs. Or, les RBP reposent sur les données scientifiques les plus récentes, sur le modèle porté par l'*Evidence Based Medicine* (EBM).

Notre problématique générale s'articule autour de trois axes que nous allons développer dans la suite du texte. Le première partie de notre propos vise à montrer comment une pratique développée au sein d'une profession (la profession médicale) afin de répondre à des difficultés qui lui étaient propres – pour le dire vite, substituer à des pratiques fondées sur la clinique et légitimées par le savoir d'expérience des nouvelles pratiques fondées sur les données issues de la démarche scientifique – a abouti à la création d'un instrument (les RBP) dont les fondements (la « meilleure science ») devaient légitimer leur pertinence et leur recours par et au sein de la profession. Nous verrons, dans un deuxième temps, comment cet outil professionnel a été accaparé (et détourné) par les agences de santé dans le but de réguler les activités d'une profession médicale jalouse de son autonomie, d'orienter la pratique médicale vers des objectifs de santé publique et de réaliser des économies budgétaires. Enfin, la troisième partie montre ce que sont les techniques et outils mis en place pour opérationnaliser l'instrument et le type de régulation mixte qu'il instaure : mixte au sens où cette régulation mêle incitations et obligations, contrôle plus ou moins direct (délégation aux patients, accréditation, médecins conseils...) et auto-appropriation ; mixte au sens également où elle repose très largement sur le pari d'une autorégulation fondée sur la réflexivité d'acteurs auxquels toutes les informations sur les données scientifiques récentes ont été fournies, et synthétisées.

Les travaux français sur le système de santé et ses transformations sous l'angle du NPM[7] ont porté sur les agences sanitaires et les hôpitaux (Benamouzig, Besançon, 2005 ; Belorgey, 2010 ; Mas *et al.*, 2011 ; Pierru, 2009), laissant dans l'ombre les possibles incursions de ce

6. Si les analyses des instruments des politiques publiques mettent l'accent sur l'absence de neutralité de l'instrument au sens politique (« Les uns et les autres montrent l'importance des liens qui relient les savoirs et les pouvoirs, et ils démystifient la neutralité apparente du recours à la rationalité technique, ainsi que sa prétendue légitimité apolitique », Lascoumes, Simard ; 2011, p. 20), dans le cas qui nous concerne, la neutralité revendiquée par les RBP existe effectivement au sens d'une évacuation des débats sur le financement de la protection maladie mais surtout au sens où il s'agirait d'échapper grâce à la neutralité de la science, à l'influence considérable des industries du médicament dans les pratiques de prescription de soins et, au-delà, dans les choix de politiques publiques de santé.
7. Parmi d'autres auteurs, E. Minvielle (2006) croit pouvoir affirmer l'existence d'un « New public Management à la française » dans le pilotage de notre système de santé.

« puzzle doctrinal » sur la régulation des pratiques en médecine libérale ainsi que les modalités spécifiques d'articulation des interventions de l'État et de l'Assurance maladie dans ce secteur. C'est pourquoi nous prêterons attention dans la troisième partie de l'article aux outils dévolus à la promotion des RBP auprès des médecins libéraux, généralistes en l'occurrence. Enfin, des instruments du NPM ont été inventoriés et examinés par les auteurs cités *supra* – le benchmarking, la contractualisation, les instruments d'évaluation et de pilotage, de mesure des résultats et des coûts... – sans inclure les RBP.

La lecture opérée ici prolonge un travail de thèse interrogeant les enjeux et usages des RBP dans le cas particulier de la prise en charge de l'hypertension artérielle en médecine générale, reposant sur des données d'observations de consultations complétées par des entretiens séparés avec le patient et le médecin (Rolland, 2011). L'observation ethnographique des consultations ne permettant pas de comprendre l'ampleur prise par la diffusion de l'instrument RBP, nous avons entrepris d'appréhender le mouvement dans son ensemble et d'en retrouver la logique et les objectifs par une analyse de textes officiels et de littérature grise. Notre réflexion s'est également nourrie d'entretiens réalisés auprès de personnel d'agences régionales de santé dans le cadre d'un projet de recherche en cours[8] et que nous avons complétés spécifiquement par des entretiens auprès de représentants de l'Assurance maladie[9].

La mise en place à la française des RBP : de la « médecine des preuves »[10] à la régulation étatique

Weisz *et al.* (2007) ont insisté sur la complexité historique et sociologique des processus qui ont conduit à l'émergence des RBP et à leur développement au sein d'un processus plus large qui a transformé la médecine au cours du siècle passé en introduisant des normes et règles institutionnelles formelles et informelles dans ces domaines interdépendants que sont la santé publique, la recherche biomédicale et la pratique clinique. Le recours systématique à la production collective de preuves, typique de l'EBM dont découlent les RBP, constitue une nouvelle forme d'objectivité, nommée par Cambrosio *et al.* (2006) « *regulatory objectivity* », emblématique des transformations qui traversent le monde médical contemporain.

En France, les RBP s'inscrivent dans un mouvement ancien de légitimation professionnelle par la science et un mouvement étatique de rationalisation de la médecine qui est conforté, après-guerre, avec l'instauration de l'Assurance maladie, et plus encore, à partir des années 1980. Ainsi que le montrent les travaux de Magali Robelet (2003) sur l'émergence et l'institutionnalisation du concept de « qualité » en santé (dont les RBP sont un instrument

8. Projet MUTORG-ADMI Les mutations organisationnelles de l'administration française. Régulations, division du travail et coordination, projet financé par l'ANR, dirigé par P. Bezes (CERSA, CNRS-Université de Paris II), sur l'axe *Les effets de la création des ARS sur les régulations dans l'État territorial, sur le travail et les identités professionnelles des agents*, réalisé avec F. Pierru (CERAPS, CNRS-Université Lille 2).

9. Un directeur de CPAM et un médecin-conseil régional, directeur coordonnateur de la gestion du risque.

10. Traduction d'« *Evidence based-medicine* » (EBM) fréquemment utilisée, qui fait notamment référence au titre français de l'ouvrage de Marks, 1999.

de mise en œuvre), celle-ci s'est déployée en France dans le cadre d'une démarche politique d'évaluation médicale et de maîtrise des dépenses de santé grâce à l'action de personnalités expertes en la matière (médecins et/ou économistes)[11]. Mais l'institutionnalisation de l'évaluation médicale ne relève pas uniquement d'une logique de l'expertise. Son inscription dans les textes de loi et la création d'instances compétentes procèdent davantage d'un échange politique entre l'État, ces groupes d'experts et les représentants traditionnels de la profession, garants du statut professionnel (Robelet, 1999).

Nous proposons, après avoir posé les principaux éléments de la genèse des RBP, de poursuivre les éléments d'analyse avancés par cette sociologue à partir de l'histoire des références médicales opposables (RMO), dispositif abandonné et remplacé par les RBP, de manière à préciser comment ces dernières ont réussi leur implantation en France en tant qu'instrument d'action publique.

Aux origines : développer une pensée médicale scientifique

Historiquement, la profession médicale s'est construite sur le monopole de la dispense de soins, fondée sur la spécificité du savoir médical, enseigné dans des facultés. Dès le XIXe siècle, se mettent en place les éléments de débats qui perdurent aujourd'hui et formatent la diffusion contemporaine des RBP : d'une part, la place de l'expérience individuelle par rapport à celle de la science dans l'élaboration et la légitimité du savoir ; d'autre part, les liens entre la profession médicale et l'État. Ainsi, avec la loi Chevandier, qui instaure en 1892 le monopole d'exercice de la médecine à ceux et seulement ceux munis d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'État (Thomas, 2008), la médecine réussit à « imposer la définition d'un savoir légitime et limiter les acteurs qui pouvaient revendiquer son usage et empêcher toute évaluation externe des pratiques médicales » (Castel, Dalgalarrondo, 2005). À compter de cette date, des médecins se sont employés à constituer une médecine scientifiquement fondée et reconnue comme telle. C'est alors que se développe un mouvement initié au sein de l'École de Paris et impulsé par Claude Bernard qui remet en cause la suprématie de la médecine clinique (celle du « signe » telle que décrite par Foucault) au bénéfice de la médecine de laboratoire. Pour lui, la méthode expérimentale est la seule voie menant à une médecine véritablement scientifique. La renommée de ce scientifique dépasse bientôt les frontières françaises, des écoles s'inspirant de ses travaux s'ouvrent dans différents pays dont les États-Unis où elles forment des disciples de cette nouvelle approche de la médecine.

C'est dans cette mouvance qu'émerge, aux États-Unis, le programme « Pour une thérapeutique rationnelle » qui préfigure l'EBM[12]. En s'intéressant à un objet nouveau dans l'histoire de la médecine, les médicaments produits et commercialisés par l'industrie pharmaceutique, ce programme, porté par une « communauté politique » (Marks, 1999, p. 17) cherche à promouvoir au sein de la profession une attitude critique et scientifique envers

11. Ces « traducteurs de l'impératif qualité » ayant une bonne connaissance du système américain, l'ont pris comme modèle pour la mise en place, dans les années 1980, d'un dispositif de qualité des soins, en milieu hospitalier.
12. Voir pour des développements, l'ouvrage de Marks, 1999.

les moyens thérapeutiques et s'appuie pour cela sur des outils statistiques : d'abord des études contrôlées, puis les méthodes s'affinant pendant et après la Deuxième Guerre mondiale, des essais cliniques randomisés. C'est en s'appuyant sur ces hypothèses et ces outils que s'est développée, à partir des années 1970, l'EBM nord-américaine dont l'objectif premier est de fournir aux cliniciens des techniques de lecture et d'évaluation de la qualité scientifique des publications médicales. Ses fondateurs, principalement des universitaires, la présentent comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données disponibles pour la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient » (Sacket *et al.*, 1996, p. 26)[13], les meilleures données étant dans ce cas celles résultant des essais cliniques randomisés, portés au rang de « *gold standard* » (Timmermans, Berg, 2003).

Les débats sur l'impact de l'EBM sur la pratique médicale sont fournis et se prolongent jusqu'à nos jours. Sans pouvoir développer ici ce point plus avant, retenons que, pour certains, l'EBM permet à la médecine d'acquérir un statut scientifique qui renforce sa légitimité professionnelle et aux cliniciens de conquérir un statut d'expert qui les légitime à procéder au grand partage entre la « vraie » connaissance médicale et la pratique acceptable (Jackson, Scambler, 2007). De surcroît, dans une perspective de santé publique, en définissant des « bonnes pratiques », elle réduirait les variations « inappropriées » de pratiques et permettrait d'améliorer la qualité des soins et de contrôler les coûts de santé, ceci au nom de l'efficience attendue par les pouvoirs publics. À l'inverse, pour d'autres, la standardisation des pratiques induite par l'EBM réduirait l'autonomie professionnelle et la part de la décision individuelle. Le néologisme de « *Mcdonaldization* » (repris à George Ritzer par Timmermans, Berg, 2003, p. 19) désigne, dans cette optique, la menace pesant sur les compétences des médecins, lesquelles deviendraient inutiles puisque des outils détermineraient « mécaniquement » leurs actions.

Si leur intégration dans les pratiques et leurs effets sur la profession continuent à être discutés[14], le mouvement n'a cessé de prendre de l'ampleur, affectant de plus en plus de secteurs de la médecine[15] et de l'action médico-sociale[16]. Il dépasse aujourd'hui le seul champ de la décision thérapeutique, de l'aide au diagnostic et à la prescription pour couvrir toutes les facettes de ce qui définit la « bonne » prise en charge d'un problème de santé, préventive et curative. Le contexte économique incertain et la période de contestation sociale dans lesquels l'EBM apparaît sont des clés explicatives de son succès : la biomédecine recourant à des techniques de plus en plus coûteuses est pressée de faire la preuve de son efficacité et de justifier les coûts qu'elle engendre. C'est dans ce contexte que les RBP, forme opérationnelle de l'EBM, sont intégrées dans les politiques publiques de santé, notamment en France.

---

13. Définition qui n'est pas sans rappeler celle des RBP.

14. Voir Timmermans, Oh, 2010, qui replacent cette question au sein des transformations contemporaines de la médecine, que nous ne pouvons pas développer ici.

15. Les sites internet, revues spécialisées et autres instituts ayant pour objectif l'EBM, se sont multipliés dans le monde depuis son apparition. Parmi les instituts, le plus fameux est « The Cochrane Collaboration », créé en 1993 et comptant plus de vingt-huit mille membres dans plus de cent pays [http://www.cochrane.org/].

16. Créée en 2000, la Campbell Collaboration s'est forgée sur le modèle de la Collaboration Cochrane [http://www.campbellcollaboration.org/].

Les prémices de l'encadrement des pratiques médicales par l'État et l'Assurance maladie

Le mouvement est amorcé en France dans les années 1970 dans le prolongement des démarches nord-américaines, alors que se formalisent les premières réflexions budgétaires (Pierru, 2011) et économiques (Benamouzig, Besançon, 2005) relatives à la maîtrise des dépenses de santé et à la « régulation » des pratiques professionnelles et, au-delà, du « système de santé » (Pierru, 2007). En tant que bien collectif, la santé publique, prérogative de l'État, entre dans l'arène des politiques publiques (Weisz *et al.*, 2007), induisant une reconfiguration des rapports de force entre les différents acteurs : représentants des pouvoirs publics et des caisses de l'assurance maladie ; représentants de la profession et experts (médecins ou non) en évaluation (Robelet, 1999). L'État va se montrer de plus en plus interventionniste car il s'agit pour lui de garantir le bien-fondé des dépenses publiques de soins, c'est-à-dire de la qualité des soins fournis aux individus par les médecins. C'est tout d'abord par le biais d'une évaluation des pratiques non sanctionnatrice qu'il met en place des dispositifs qui vont s'avérer de plus en plus encadrants. Pour ne pas susciter l'hostilité du monde médical, voire pour favoriser son adhésion, les décideurs politiques vont s'employer à associer des représentants de la profession à ces réformes. Ainsi, en 1988, Claude Evin, ministre de la Santé, demande un rapport sur l'évaluation médicale à MG France, syndicat représentant les médecins généralistes créé deux ans auparavant[17], qui débouchera, en 1989, sur la création de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) : procédant à une première institutionnalisation de la médecine des preuves en France, celle-ci est notamment chargée de diffuser vers les médecins les résultats des conférences de consensus et les RBP élaborées par les sociétés savantes.

Durant cette période, les médecins en général et les sociétés savantes en particulier sont de plus en plus informés par les divers canaux de diffusion de l'EBM. Du côté de la profession médicale, adopter la démarche de la qualité et de l'évaluation n'est pas tant un signe de ralliement à la position de l'État que l'occasion de se positionner contre la politique de maîtrise – disqualifiée de « comptable » – des dépenses de santé inspirée par la direction du Budget et relayée par la direction de la Sécurité sociale (Pierru, 2012a) en donnant la possibilité d'argumenter sur le bien-fondé de telle ou telle pratique, même si elle est coûteuse (Serré, 2001). L'institutionnalisation de la qualité des soins peut être alors analysée comme le résultat d'un compromis entre acteurs : la profession médicale accepte l'évaluation mais à condition qu'elle se fasse dans un cadre institutionnel qu'elle domine et dans la mesure où elle n'aboutit pas à une sanction (Robelet, 1999, 2003). Néanmoins, l'État resserre progressivement son emprise sur la profession. À la faveur de la montée en puissance de l'impératif d'évaluation des politiques publiques[18] visant à rendre ces dernières plus transparentes et à prouver leur efficacité (Duran, Monnier, 1992), se déploient, dans les années 1990, divers dispositifs visant à réguler les pratiques médicales. En 1995, le Plan dit Juppé de réforme de la Sécurité sociale conforte la place de l'État dans les politiques de maîtrise des dépenses de santé et tend à affaiblir l'autonomie professionnelle par un encadrement

17. La médecine générale est un segment professionnel à la recherche de légitimité au sein de la médecine : adhérer à une démarche de type scientifique peut être un gain d'image pour elle (Rolland, 2011).
18. Circulaire du 25 janvier 1990 dans laquelle Michel Rocard, Premier ministre, affiche sa volonté de réforme de l'État et d'évaluation générale des politiques publiques.

accru des pratiques médicales (Hassenteufel, 1997). C'est ainsi que d'association de droit privé, l'ANDEM est, conformément aux ordonnances du 26 avril 1996, transformée en établissement public administratif, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), laquelle reprend les missions de l'ANDEM et s'en voit attribuer de nouvelles, telles que l'accréditation des établissements de soins[19], la nomenclature et l'évaluation d'actions et des programmes de santé publique. Cette nouvelle agence est dirigée par un « directeur général nommé par arrêté du ministère chargé de la santé après avis du conseil d'administration, pour une durée de 5 ans » (Haute autorité de santé, 2005). Dans le même temps, faisant suite à la convention médicale qui introduit la notion de références médicales conventionnelles, un nouveau dispositif est lancé dans le cadre de la Loi Teulade du 4 janvier 1993 : les références médicales opposables (RMO). « Emblématiques de la politique de maîtrise de dépense de santé », elles sont présentées par l'Assurance maladie comme répondant « à des critères de transparence, de conformité aux données actuelles de la science, de qualité et de sécurité des soins » (Allemand[20], Jourdan, 2000).

L'action politique de régulation en matière de santé avait jusqu'alors essentiellement visé l'hôpital, notamment, en 1983, avec l'instauration d'un budget global et le lancement du projet puis programme de médicalisation des systèmes d'information (Pierru, 1999). Cette fois, avec les RMO, les pratiques professionnelles sont directement visées. La seconde nouveauté est l'introduction d'un principe complexe : l'opposabilité[21]. Ces RMO, élaborées à partir de « critères scientifiquement reconnus qui définissent les soins et les prescriptions médicalement inutiles, redondants voire dangereux » (Allemand, Jourdan, 2000, p. 3) ont acté une volonté d'intervention publique sur les pratiques médicales en se saisissant des principes de la thérapeutique rationnelle et de l'EBM. Mais « parce qu'elles prennent en compte l'ensemble des connaissances médicales et leur évolution, les Références Médicales Opposables sont appelées à être réactualisées régulièrement et complétées » (Ogien, 2001) de manière à leur conserver un caractère légitime (Moulin, 2004). Finalement, le bilan en termes de réduction des dépenses de santé s'avère bien modeste : une étude réalisée sur dix RMO introduites en 1994 indique que leur suivi a permis une économie de 45 millions d'euros soit 0,14 % du coût de la prescription pharmaceutique des médecins (Le Pape, Sermet, 1998). Du fait de leur opposabilité et donc de la possibilité de sanctions, les RMO sont rejetées à la fois par le Conseil d'État et par les représentants de la profession. La lourdeur juridique de sa mise en œuvre achève de disqualifier le dispositif. Toutefois, c'est bien « un mode de gouvernement par l'autonomie et la responsabilité des acteurs qui se met dès lors en place » (Obrecht, 2009, p. 292).

Après l'échec – du point de vue de ces partisans – des RMO, nous allons voir comment les RBP prennent la suite et sont mobilisées en tant qu'instrument d'action publique : insérées dans un maillage de réformes, elles rendent effective la puissance publique sur le mode

19. Dans le cadre de la Loi hospitalière de juillet 1991 qui pose l'obligation d'évaluation pour les établissements de santé.

20. Hubert Allemand, professeur de santé publique est alors médecin conseil national à la CNAMTS.

21. « Lorsque dans sa pratique (observée sur 2 mois au maximum), le praticien ne respecte pas les RMO au-delà du nombre de fois reconnu comme acceptable (définition de seuils), celles-ci lui seront opposées. Les critères d'opposabilité prennent en compte plusieurs indices (gravité, importance numérique, incidence financière) déterminés par les parties signataires pour chaque RMO. La retenue est égale au produit d'un mois de cotisations sociales par chacun des indices évoqués ci-dessus » (Allemand, Jourdan, 2000).

d'un gouvernement dans lequel l'État agit à distance tout en responsabilisant les destinataires de ses actions. Une agence publique, la Haute Autorité de Santé (HAS) va jouer un rôle d'intermédiaire entre les médecins et l'État. L'Assurance maladie, quant à elle, développe de son côté des outils paritaires conventionnels, œuvrant par ses propres dispositifs tout en partageant les mêmes objectifs d'efficience du système de santé que l'État et en s'appuyant sur les référentiels de bonne pratique publiés par la HAS[22].

Les opérateurs-clés des RBP

Deux lois marquent un tournant dans les années 2000. Elles signent notamment un rapprochement entre État, Assurance maladie et représentants professionnels autour de deux objectifs : la qualité des soins et la maîtrise des dépenses de santé. D'une part, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique affirme pour la première fois la responsabilité de l'État en la matière[23]. D'autre part, la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance maladie[24] crée la Haute autorité de santé, agence dédiée à la production et la diffusion des RBP.

La Haute autorité de santé : une agence de production et d'information

La HAS n'a pas l'exclusivité dans la production et la diffusion des RBP, mais sa position centrale ne cesse de se renforcer : outre les RBP produites par elle-même, elle en coproduit avec d'autres agences sanitaires comme l'Institut national du cancer (INCA) ou encore des agences couvrant le champ médico-social[25]. De plus, elle a pour mission de labelliser celles élaborées par les sociétés savantes. Pour être validée, une RBP doit en quelque sorte passer par les fourches caudines de la HAS qui fait donc figure de point de passage obligé[26].

---

22. Ces objectifs entrent dans ce qui est appelée la politique de gestion du risque, au cœur de la stratégie de l'Assurance maladie à partir des années 2000, portée par son directeur Frédéric van Roekeghem et formalisée dans la loi du 13 août 2004. La loi dite HPST de 2009 en fait un domaine partagé entre État et Assurance maladie, sans d'ailleurs bien en expliquer les règles du partage (Bocquet, Peltier, 2010), actant une sorte de mariage forcé entre ces deux institutions, liées par des relations historiques de rivalité (Pierru, 2011).
23. Entretemps, il y a eu l'émergence soudaine de la pandémie de sida puis une série « d'affaires » qui signe « une véritable défaite de la santé publique » (Morelle, 1996) : contamination des personnes transfusées et hémophiles par le VIH, épidémie d'hépatite C et controverses autour de la vaccination, contamination par l'agent responsable de la maladie de Creutzfeldt-Jacob des enfants traités par l'hormone de croissance...
24. Est créée par cette loi, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) qui regroupe les trois principaux régimes d'assurance maladie : le régime général (CNAMTS), le régime agricole (MSA) et le régime social des indépendants (RSI). Le directeur de l'UNCAM est le directeur de la CNAMTS.
25. Ainsi, par exemple, le 14 juin 2010, est passé un accord-cadre entre la HAS et l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (ANESM) « afin de développer des actions communes ou complémentaires, notamment dans deux domaines : celui des recommandations de bonne pratique et celui de l'évaluation des établissements et services de santé, médico-sociaux et sociaux » (ANESM (en ligne) [http://www.anesm.sante.gouv.fr/]).
26. C'est-à-dire entrer dans les orientations stratégiques et la programmation de la HAS, sous la responsabilité de son collège dont les membres sont nommés par décret du président de la République. Ce collège travaille en lien avec des Commissions spécialisées, dont celle concernant les RBP, actuellement présidé par Cédric Grouchka, qui fut, par ailleurs, en tant que conseiller technique du ministre de la Santé Jean-François Mattéi, un des acteurs-clés de la décision, prise en 2003, d'opérationnaliser le PMSI en tarification à l'activité (T2A), autre dispositif-clé de pilotage à distance des pratiques médicales par la manipulation des incitations tarifaires (Pierru, 2012b).

Ni la question de l'efficience, ni celle de la maîtrise des dépenses de santé n'étaient présentes dans les textes de l'ANDEM et de l'ANAES à propos des RBP. C'est seulement avec la HAS et la loi de 2004 que ces préoccupations deviennent centrales. Dans le mouvement des politiques de maîtrise des dépenses de santé, l'efficience a pris peu à peu le pas sur l'efficacité (Branciard, 1990) comme nouveau référentiel sectoriel du système de santé au point d'être présenté comme un principe d'action en matière de politique de santé « toute ressource consacrée à une procédure ou une structure inefficace est une ressource perdue pour les soins utiles : l'optimisation de l'emploi des moyens est une forme de principe éthique pour la protection sociale » (Haut conseil pour l'Assurance maladie, 2004). Selon ses promoteurs, les RBP, fondées sur « La » science, constituent l'outil qui doit permettre de concilier les choix économiques et la qualité des soins, tout en emportant l'adhésion des cliniciens. Or, dès la fin des années 1990, en France, des publications issues des milieux médicaux font état des limites de leur application (par exemple, Vallée, 1999 ; Aubert, Laversin, 2000 ; Ghisolfi, 2002). Confrontés à ces constats, les pouvoirs publics français *via* les porte-parole de l'ANAES ne remettent toutefois pas en cause les fondements épistémologiques et cognitifs des RBP mais cherchent plutôt à améliorer les canaux et les méthodes de leur diffusion : « rédiger des recommandations professionnelles selon des critères méthodologiques optimaux ne suffit pas pour qu'elles créent un processus d'amélioration continue des pratiques. Il faut non seulement les porter à la connaissance des professionnels grâce à une diffusion large, mais surtout induire leur utilisation effective par des méthodes de mise en œuvre performantes » (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation pour la Santé, 2000). Dans la même perspective, en 2001, Bernard Kouchner, ministre de la Santé, demande un rapport à Étienne Caniard[27] avançant des propositions pour « améliorer le contenu, l'appropriation et le respect des RBP de manière à ce qu'ils [ces outils] contribuent à une politique de santé de qualité » (Caniard, 2002). Il est remarquable de noter à quel point les éléments préconisés dans ce rapport et qui guideront systématiquement les actions politiques ultérieures – associer les professionnels à l'élaboration des RBP ; développer les outils d'observation des pratiques ; privilégier les méthodes de diffusion qui ont fait leur preuve comme les « entretiens confraternels » ; intégrer les RBP dans un ensemble de dispositifs, notamment la contractualisation de manière à favoriser la responsabilité partagée relèvent de la gouvernementalité ainsi que nous l'avons précédemment exposé.

La HAS prolonge donc l'entreprise de communication amorcée par l'ANAES comme l'indique son projet « stratégique de développement pour les années 2009-2011 » qui met la « qualité » au cœur de ses priorités, ce qui implique d'« engager les praticiens dans une démarche continue d'analyse de leurs pratiques au regard des référentiels valides de bonne pratique »[28]. Pour ce faire, les guides méthodologiques sont régulièrement actualisés[29]. Depuis peu de temps, « pour renforcer la communication vers les professionnels », des

27. Étienne Caniard n'est pas un profane en la matière de qualité en santé, sujet sur lequel il a travaillé au Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé (Credes), puis au sein de ANAES et enfin à la HAS où il préside la commission qualité et diffusion de l'information médicale. En 2010 il devient président de la Mutualité française.

28. La Haute autorité de santé (en ligne) [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/projet_has_2009-2011vdefinitive.pdf].

29. Le premier guide des « Recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France », a été édité par l'ANAES en 1999. Le dernier, rédigé par la HAS, date de fin 2010.

recommandations interactives « Reco2clics » sont diffusées par internet[30]. L'agence travaille plus que jamais à communiquer sur la rigueur scientifique et sur la transparence des méthodes d'élaboration ainsi qu'en atteste l'organisation d'une table ronde lors des Journées 2010 de la HAS intitulée : « Les recommandations de bonne pratique en 2011 : quelles indications et quels changements ? » et présentée ainsi : « Une actualisation de ces méthodes était indispensable pour les adapter aux nouvelles contraintes et répondre aux attentes des professionnels de santé, des patients et des usagers »[31]. Sont conviés à cette réflexion des acteurs engagés dans une volonté de développer les relations transversales entre les différentes spécialités (la Fédération des spécialités médicales) ainsi que des représentants de la médecine générale.

La HAS édite des référentiels de bonne pratique qu'elle est chargée de diffuser et de promouvoir auprès des professionnels[32]. N'étant pas dans une mission de contrôle direct des pratiques, elle agit de manière apparemment non contraignante en mettant en œuvre une régulation basée sur la communication vers les praticiens, à l'image de la méthode adoptée par l'Assurance maladie, et en défendant des « valeurs partenariales » de travail avec les médecins.

L'Assurance maladie : partenaire de la régulation par l'information

Du côté de l'Assurance maladie, les RBP sont présentées comme un « outil de dialogue entre le médecin conseil et le professionnel », ayant « une visée pédagogique et non de contrôle ou de sanction » (directeur CPAM). L'on assiste ici à la substitution de la régulation par l'information à la régulation réglementaire classique (Lascoumes, Le Galès, 2005), les pouvoirs publics privilégiant la « responsabilisation » des professionnels, la mobilisation de leurs valeurs, leur conception de l'intérêt collectif et de l'intérêt de leurs patients.

C'est dans cette optique que l'Assurance maladie a inventé des « entretiens confraternels »[33], interventions directes de praticiens-conseils des caisses primaires auprès de leurs pairs dans le cadre d'une visite à leur cabinet avec pour objectif de les amener à modifier les pratiques, notamment sur la base de RBP[34]. Ainsi, en 2005, 30 000 entretiens confraternels ont été réalisés, ciblés sur la prescription de statines, dont des études indiquent qu'elles font l'objet d'une sur-prescription alors que « mieux respecter la réglementation en

30. La Haute autorité de santé (en ligne) [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1103133/decouvrez-les-recommandations-cliquables].
31. La Haute Autorité de Santé (en ligne) Rencontres HAS 2010 – Les recommandations de bonne pratique en 2011 : quelles indications et quels changements ? [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_981899/rencontres-has-2010-les-recommandations-de-bonne-pratique-en-2011-quelles-indications-et-quels-changements].
32. La HAS elle-même est « soumise à des exigences de production et de diffusion rapides » (Castel, Robelet, 2009) : on dénombre 137 recommandations éditées par la HAS entre 2004 et 2011, soit une moyenne de 17 par an, contre 66 entre 1997 et 2003 (soit un peu plus de 9 par an) éditées par l'ANAES.
33. Moins formalisé et encouragé par la HAS avec le soutien d'assureurs privés, il existe aussi le dispositif des « groupes de pairs » ou « cercles de qualité » œuvrant auprès de confrères avec l'objectif de mettre au point ou diffuser des « bonnes pratiques ».
34. Le métier de médecin-conseil est défini en interne de la façon suivante : « s'agissant de l'accompagnement des professionnels de santé, le médecin-conseil réalise des entretiens confraternels pour sensibiliser aux « bonnes pratiques » en matière de prescriptions, notamment les recommandations de la Haute Autorité de santé », Assurance maladie (en ligne) [http://www.lassurance-maladie-recrute.com/nos-metiers/zoom-metier/metier/medecin-conseil.html].

matière de prescription de médicaments anti-cholestérol, tel est l'un des cinq objectifs de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé qui ont été arrêtés dans le cadre de la convention médicale » (Assurance maladie, 2005). En 2010, 60 000 de ces entretiens ont été prévus, en articulation avec l'action des délégués de l'Assurance maladie (DAM) pour la promotion des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (Bocquet, Peltier, 2010, p. 16)

Avec les RBP, il s'agit de modifier non seulement les comportements des professionnels mais aussi ceux des patients. Pour ce faire, un autre levier est mobilisé en vue d'assurer une meilleure effectivité des RBP : l'information en direction des assurés, ainsi subjectivés en « contrôleurs » de la conformité aux RBP et, partant, en auxiliaires des pouvoirs publics. « Un consensus international attribue classiquement huit objectifs aux RBP », dont celui de « guider les usagers, informer les patients et les responsabiliser » (Obrecht, 2009). En 2005, la Cour des Comptes relevait en ce sens que « si les professionnels de santé doivent être informés des bonnes pratiques en vertu de l'« état de l'art », les assurés sociaux, trop longtemps considérés comme passifs, doivent aussi obtenir une information de qualité sur les soins utiles, afin qu'ils puissent modifier leurs demandes et comportements »[35].

Il faut ajouter que cette régulation par l'information est rendue possible par l'extension de l'observabilité des pratiques permise par l'enrichissement des systèmes d'informations. Le codage des actes, des prescriptions et des pathologies est ainsi instauré en 1993. La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 crée le Système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM), destiné d'abord à permettre le suivi individuel de l'activité des offreurs de soins (professionnels de santé libéraux, structures hospitalières publiques et privées), ensuite à restituer à ces offreurs de soins une image de leur activité au travers des remboursements de l'Assurance maladie. En 2002, une première version de la classification commune des actes médicaux (CCAM) permettant le codage de tous les actes diagnostiques et thérapeutiques est rédigée et, partant, l'objectivation et la quantification du travail médical afin d'« éclairer les décisions de politique de santé ». La réalisation de cette classification a nécessité une normalisation lexicale afin que l'enregistrement des actes et leur gestion n'entraîne pas de confusion. On assiste ici à la standardisation, sinon des actes eux-mêmes, du moins du vocabulaire de description des pratiques. La CCAM rend donc possible l'évaluation de la pertinence des actes de soins réalisés en regard des pathologies. En 2009, la loi HPST crée une Agence des systèmes d'information partagés de santé, autre « bras armé » des pouvoirs publics.

Les autorités de régulation disposent donc d'informations de plus en plus nombreuses et précises sur les pratiques des professionnels, quels que soient le lieu ou mode d'exercice de ces derniers. Grâce à ces outils, l'État et l'Assurance maladie, censés collaborer pour des « pratiques plus justes » pour reprendre les propos d'un directeur coordonnateur de la gestion du risque, se sont donnés les moyens de rendre la qualité mesurable, de mesurer la distance d'un professionnel donné, d'une corporation dans son ensemble ou d'un territoire de soins à des objectifs de santé publique (taux de population diagnostiquée, prescriptions...) et aux RBP. Les bases de données ainsi constituées permettent désormais au « payeur », i.e., à

35. Cours des comptes : la sécurité sociale, octobre 2005 (en ligne) [http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000581/0000.pdf].

l'Assurance maladie, de mesurer non plus seulement la non-conformité des actes au regard des recommandations mais aussi de réaliser des analyses multi-niveaux sur la variabilité des pratiques en fonction des caractéristiques des médecins mais aussi des patients (Bernstein *et al.*, 2009). Ces études sont présentées par leurs auteurs, membres de l'Assurance maladie, comme visant à améliorer les pratiques, c'est-à-dire en les rendant conformes aux RBP.

Les RBP, élaborées à l'origine dans une visée professionnelle, ont été saisies par les pouvoirs publics et paritaires dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et de la volonté de promouvoir le soin dit « approprié ». Ils constituent aujourd'hui le socle d'une gouvernementalité, caractérisée par l'information, celle collectée sur les pratiques et celle fournie aux médecins, notamment en matière d'écart à la norme de leurs pratiques. La modification des comportements et l'obtention du calage des pratiques professionnelles sur les RBP, souhaitée si ce n'est effective, tient moins au degré de contrainte de l'une ou l'autre des mesures en cours qu'à leur accumulation et à leur maillage, comme le montrent les actions conjointes de l'État et de ses agences d'une part, de l'Assurance maladie d'autre part, au moyen des outils développés par ces deux institutions en association avec des représentants de la profession médicale. La force de cette forme actuelle d'encadrement et d'infléchissement des pratiques tient notamment dans le fait qu'elle ne cherche pas à contraindre mais à persuader dans le cadre d'un « partenariat » revendiqué entre le régulateur (l'État), le payeur (l'Assurance maladie) et les producteurs (les professionnels).

Pour ce faire, ces acteurs ont recours à des leviers d'action, opérateurs-clés des RPB, développés dans le but de réussir à modifier effectivement les pratiques médicales, notamment celle des médecins généralistes dont le statut d'exercice libéral les rendait, jusqu'alors, moins accessibles à l'action publique que les praticiens hospitaliers.

Les outils de l'instrument-RBP développés en direction des médecins généralistes

L'on peut distinguer deux grands types d'outils de mise en œuvre des RBP en tant qu'instrument d'action publique : l'encadrement conventionnel qui vise à conditionner la rémunération des médecins au respect des RBP ; le contrôle de la conformité des pratiques par les pairs et les profanes.

L'encadrement des médecins par les conventions

Les échecs des mécanismes conventionnels de régulation des dépenses[36] n'ont pas engendré l'abandon de cette voie mais sa transformation, en agissant non plus sur l'offre mais sur la pratique, l'acte de soin lui-même, pour infléchir les comportements des médecins. Mais alors que les RMO renvoyaient restrictivement à des soins inutiles ou dangereux, sous la formulation : « Il n'y a pas lieu de », les RBP cadrent désormais la pratique médicale « par

36. On pourra lire l'histoire des échecs de la volonté de maîtrise des dépenses d'Assurance maladie *via* les conventions médicales dans l'exposé que proposent Hassenteufel et Palier (2005) des négociations entre les organisations syndicales de médecins l'État et les caisses de 1990 à 2004.

l'autre bout », si l'on peut dire, en édictant ce qu'il convient de faire, en distinguant en fonction du niveau de preuve scientifique, des « grades de recommandations » qui vont, par exemple, de « Il est fortement recommandé de faire » à « Il est fortement recommandé de ne pas faire ».

Le respect des RBP est recherché par d'autres moyens que l'opposabilité, essentiellement l'incitation. Les RBP relèvent de la « *soft law* » (Laude, 2009), ce qui leur confère un statut juridique incertain et en tous les cas discuté par la doctrine, dans la mesure où elle dépend très largement du texte qui les fonde et de celui qui les édicte, ainsi que des évolutions de la jurisprudence. Dans tous les cas, la question de la responsabilité juridique du praticien en cas de non-respect des recommandations ne peut être évacuée, comme le montrent plusieurs articles de droit de la santé (Fervers *et al.*, 2000 ; Voy Czuwak, 2005 ; Smallwood, 2006 ; Espesson-Vergeat, 2008). Le Conseil d'État, dans un arrêt du 27 avril 2011 concernant « l'abrogation de la recommandation professionnelle relative au Traitement médicamenteux du diabète de type 2 » a ainsi jugé que les RBP produites par la HAS avaient une valeur règlementaire[37].

Les RBP apparaissent dans la convention de 1998-2005 en tant qu'outil de maîtrise médicalisée des dépenses mobilisé par l'Assurance maladie. La convention suivante (2005-2010) prévoit d'« étendre le champ des recommandations de bonne pratique à l'ensemble des soins faisant l'objet d'une prise en charge collective ». Des objectifs annuels chiffrés de dépenses sont fixés et un pilotage est instauré au travers de l'analyse des tableaux de bord de suivi des engagements par des commissions paritaires locales (CPL). Le préambule de la convention signée en juillet 2011 parle de « moderniser l'activité libérale » et de « conforter la qualité des pratiques ». Les signataires réaffirment également leur engagement dans la « maîtrise médicalisée des dépenses de santé, qui s'inscrit dans un double objectif d'amélioration des pratiques et d'optimisation des dépenses ». Les médecins s'engagent à mettre en œuvre certains traitements qui représentent des priorités de santé publique, selon les recommandations de la HAS. Au chapitre « Maîtrise médicalisée des dépenses de santé » de la dernière convention, est énoncé un principe de généralisation de la référence aux RBP comme fondement d'un remboursement par l'Assurance maladie. Il est ainsi prévu d'« étendre le champ des recommandations de bonne pratique à l'ensemble des soins faisant l'objet d'une prise en charge collective »[38]. Dans ces conventions qui généralisent la référence à l'aune des RBP sur les deux versants de la maîtrise des dépenses et de la normalisation des pratiques – tant celles des professionnels que celle des patients –, les réformateurs ont introduit de nouveaux outils, les uns collectifs, les autres individuels. Au cours des années 2000, sont apparus les accords de bon usage des soins (ACBUS) et le contrat de bonnes pratiques (CBP)[39]. Des contrats de santé publique ont été introduits en 2000 et, depuis 2008, des « accords individuels de bonnes pratiques » peuvent être signés. Ces nouveaux outils conventionnels, non obligatoires mais ouvrant droit à des rémunérations supplémentaires (forfaits), visent la mise en conformité des pratiques médicales aux recommandations.

37. Conseil d'État (en ligne) [http://arianeinternet.conseiletat.fr/arianeinternet/getdoc.asp?id=190450&fonds=DCE&item=1].
38. *Journal Officiel de la république française* (en ligne) [http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/joe_20110925_0016.pdf].
39. ACBUS et CBP ont été supprimés par la loi HPST.

L'action conventionnelle progresse dans la régulation par l'extension des dispositifs et par la fixation d'objectifs chiffrés qui sont en outre rappelés dans la loi. Ainsi, dans la dernière convention signée entre les médecins généralistes et l'UNCAM, des objectifs chiffrés de modification des comportements des professionnels et des patients sont fixés en référence aux RBP[40]. Le projet de loi de finances de la Sécurité sociale de 2010 rappelle d'ailleurs que « des avenants aux conventions nationales fixent chaque année des objectifs d'économies susceptibles d'être réalisées au moyen de la diffusion de bonnes pratiques médicales et du bon usage des soins et biens médicaux ». Si pour le médecin ces contrats n'entraînent (encore) aucune pénalité en cas d'absence de résultats, la méthode est remarquable en ce que la rémunération augmente dès lors que des objectifs chiffrés sont atteints et est exemplaire, à ce titre, de l'incitation économique comme mode de gouvernementalité. Nous assistons d'ailleurs à un bouleversement des pratiques et des mentalités dans le mode médical libéral français avec l'introduction de la « rémunération à la performance »[41] ainsi que le préconisait un rapport de deux inspecteurs généraux des affaires sociales (Bras, Duhamel[42], 2008), fortement inspirés par les innovations néo-managériales britanniques (Faucher-King, Le Galès, 2010) : il s'agit pour ces acteurs de doter l'État des instruments et incitations de gouvernement « à distance » d'un monde médical désormais sommé de se soumettre aux exigences d'« efficience », de « transparence » et de « redevabilité » caractéristiques du NPM. Tout en reconnaissant que nombre d'éléments de la qualité clinique ne peuvent être mesurés, Bras et Duhamel, de toute évidence favorables à une réforme des modalités des pratiques médicales en France, livrent les enseignements qui peuvent être tirés d'expériences étrangères afin de promouvoir le « paiement à la performance » dans notre pays. Ainsi, notent-ils, au Royaume-Uni, « un dispositif de paiement à la performance fonctionne depuis 2004. Il s'appuie sur des indicateurs qui concernent la qualité des soins, la satisfaction des patients et l'organisation du cabinet. Selon les résultats obtenus au regard de ces indicateurs, le cabinet obtient des points, le nombre de points détermine un montant de rémunération pour le cabinet médical (...). Les points obtenus reflètent le pourcentage des patients qui obtiennent des points conformes aux recommandations de la médecine fondée sur les preuves ». Et plus loin, « le paiement à la performance valorise essentiellement l'aptitude des médecins à proposer ou prescrire les traitements conformes aux RBP » (Bras, Duhamel, 2008, p. 37). Et d'ailleurs, l'année suivant la publication de ce rapport, sont introduits les CAPI[43] (contrats d'amélioration des pratiques individuelles) initiant la rémunération à la performance en France

---

40. Exemples d'objectifs fixés : « que 60 % de patients traités par antihypertenseurs aient une pression artérielle inférieure ou égale à 140/90 mmHg » ; « que 75 % de patients diabétiques à haut risque cardiovasculaire soient traités par une statine... ».
41. Par l'introduction du « paiement à la performance », il est considéré par certains, dont un de nos enquêtés représentant de l'Assurance maladie : « *le mythe de la rémunération à l'acte a sauté* ».
42. Les parcours de ces deux auteurs indiquent la force d'influence qu'ils ont pu exercer dans l'introduction du « paiement à la performance » en France : Pierre-Louis Bras, diplômé de l'ENA et d'HEC, est un haut fonctionnaire, a notamment occupé plusieurs postes dans des cabinets ministériels sous gouvernement socialiste, responsable des questions de Sécurité Sociale sous Claude Evin et sous Martine Aubry et a été directeur de la Sécurité Sociale ; Gilles Duhamel, docteur en médecine, a commencé dans l'industrie pharmaceutique avant d'intégrer des agences en tant que directeur des études et de l'information pharmaco-économique (ANDEM puis agence du médicament) et par la suite de rejoindre les cabinets de M. Aubry et de B. Kouchner. Il a également été directeur des affaires médicales à l'AP-HP.
43. Les CAPI proposent à chaque médecin traitant de bénéficier de tableaux de bord de son action auprès de sa patientèle. Le médecin dispose ainsi d'un outil individuel basé sur des objectifs de santé publique et les recommandations. Il s'engage de manière contractuelle à atteindre certaines « cibles » en matière de dépis-

dont les résultats sont évalués comme satisfaisants par la Cour des comptes[44]. La convention médicale de 2011 poursuit dans cette voie et même la renforce avec la mise en place de la rémunération sur objectifs de santé publique[45]. L'outil repose ici sur deux équations qui font de la qualité un indicateur de la performance et des RBP un indicateur, sinon une garantie de qualité. Inspiré du *P4P – Pay For Performance* – anglo-saxon, il est d'ailleurs souvent traduit chez ses promoteurs par « financement de la qualité ». Le respect des RBP est l'un des objectifs cibles du « paiement à la performance », conditionnant le versement de primes. Ainsi, au traditionnel paiement à l'acte, âprement défendu par les principaux syndicats de médecins libéraux, s'ajoutent désormais, certes à la marge, des forfaits pour l'informatisation des cabinets et des bonus annuels variables, « à la performance qui viennent récompenser l'atteinte d'objectifs de prévention (vaccination, dépistage du cancer...), de santé publique (proportion de patients diabétiques dont le taux de cholestérol est correct ou hypertendus dont la tension est inférieure à un certain seuil...) ou d'économies et d'efficience (part de médicaments prescrits disposant d'un générique...)[46]. La nouveauté du dispositif ne permet pas à ce jour d'en fournir une évaluation en termes économiques ou d'impact sur les pratiques, mais son existence même signe déjà un changement dans le système de santé et d'Assurance maladie. On peut tout de même d'ores et déjà s'interroger sur les effets sur la relation thérapeutique, qui serait davantage conditionnée par le gain économique que par l'adaptation à la singularité du patient. Un effet du paiement à la performance pourrait être de mettre à l'écart les patients pour lesquels l'atteinte des objectifs préconisés apparaîtrait le plus difficile et par voie de conséquence, d'accroître les inégalités de santé.

Il faut mentionner que les propositions de réformes contenues dans le rapport Bras et Duhamel sont avancées sur fond de rivalités entre l'État et l'Assurance maladie, cette dernière ayant été repositionnée par son directeur général nommé en 2004 – et toujours en poste –, un ingénieur polytechnicien aux convictions néolibérales affirmées et affichées, sur le créneau de la « gestion du risque santé », afin de trouver une légitimité, gestionnaire donc, de substitution à la démocratie sociale, défendue par ses prédécesseurs et aujourd'hui quasiment enterrée. Cette rivalité s'est manifestée avec éclat au moment de l'élaboration de la loi HPST en 2009, l'Assurance maladie cherchant à soustraire à l'emprise de l'État la politique de gestion du risque – donc des nombreuses innovations que nous avons décrites – qu'elle a initiée (Pierru, 2012a). L'aptitude à bien « gérer » la médecine est devenue au cours des années 1990 et 2000, le terrain d'action et d'affrontement de ces deux acteurs institutionnels du système de santé ainsi qu'il apparaît au travers non seulement de l'outil conventionnel ainsi que nous venons de le voir mais aussi au travers de l'encadrement par les pairs et les patients, autre outil de l'instrument RPB.

---

tage et prévention, de suivi des pathologies chroniques, « d'efficience » de prescription. Il perçoit en contrepartie une rémunération « à la performance » versée par l'Assurance maladie.

44. Cf. Rapport de la Cour des comptes de la Sécurité sociale, fiche « éclairage maladie », septembre 2011.

45. Dont le contenu (indicateurs) est négocié avec la profession, ce qui n'est pas le cas des CAPI dont les indicateurs sont décidés par l'Assurance maladie seule.

46. Cf. Note méthodologique du dispositif de paiement sur objectifs de santé publique. Les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale. CNAMTS/Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS) – janvier 2012.

L'encadrement par les pairs et les patients, contrôleurs de conformité

Depuis au moins le début des années 2000, les lois de financement de la Sécurité sociale font référence aux RBP. C'est le cas également de plusieurs articles du code de la Sécurité sociale[47] et de la loi HPST de 2009. Dans ces différents textes législatifs, le remboursement des actes de soins par l'Assurance maladie est de plus en plus étroitement conditionné par le respect des RBP. À l'avenir, et compte tenu de la part grandissante que prennent les couvertures complémentaires dans le remboursement des soins par rapport à l'assurance obligatoire (Tabuteau, 2010), l'on peut faire l'hypothèse qu'une part du coût des actes qui ne respecteraient pas les RBP seront transférés vers les régimes complémentaires de l'assuré – s'il en bénéficie – au nom du déficit de service médical rendu[48]. Des organismes complémentaires ont ainsi élaboré des conventions avec des professionnels de santé exigeant de ces derniers qu'ils respectent des « bonnes pratiques ». L'évaluation des pratiques professionnelles réalisée permet de rendre des avis sur l'opportunité de l'inscription des actes aux différentes nomenclatures de l'Assurance maladie, ainsi que sur les conditions de cette inscription et sur leur éventuelle radiation. Le remboursement de certains actes est ainsi d'ores et déjà modifié suite à la publication de RBP. Dans cette hypothèse, le patient, subjectivé en « consommateur de soins », sera fortement incité à choisir des actes respectant les recommandations. Dans le cas des affections de longue durée (ALD), remboursées à 100 %, le respect des RBP est déjà devenu une condition *sine qua non* de l'admission au régime[49].

« Éclairé » par la HAS et l'Assurance maladie, qui œuvrent décidément de concert quand il s'agit d'encadrer les pratiques médicales, le patient est enrôlé en tant qu'acteur de la diffusion des RBP auprès de son médecin. Depuis la loi du 13 août 2004, le patient en ALD est informé des bonnes pratiques par les praticiens-conseils qui lui fournissent un guide lors de son admission au régime. Il détient un exemplaire du protocole de soins qui doit tenir compte des recommandations de la HAS et qu'il doit « présenter aux médecins consultés pour son ALD ». Les « guides patients » diffusés par la HAS et l'Assurance maladie vont dans le même sens : le patient informé donc responsable de la qualité de ses soins et des conditions de son rétablissement, peut infléchir la relation médecin-malade en lui fournissant des informations qui bénéficient de la légitimité de la science et des agences qui les publient. Il devient en tout cas un relais de la mise en œuvre des RBP. Au-delà de ces guides, les RBP sont diffusées sur les sites de l'Internet santé. Le payeur et les pouvoirs publics délèguent ainsi au patient non seulement une partie du travail de promotion et de protection de sa santé *via* les recommandations sur l'hygiène de vie, le suivi de sa maladie mais aussi en lui donnant une information qu'il peut investir dans la relation thérapeutique. Le souci de la « responsabilisation » de l'individu, tant sur le plan économique (*via* les forfaits, franchises, tickets modérateurs, etc.) que médical (l'*homo medicus* analysé par Patrice Pinell (1992)) et

47. L'article L. 314-1 stipule par exemple que « lorsqu'elles reçoivent les documents établis pour l'ouverture du droit aux prestations de l'Assurance maladie, les caisses, avec l'appui des services médicaux de chacun des régimes d'assurance maladie obligatoire, dans le respect du secret professionnel et médical, vérifient... que les actes pratiqués ou les traitements prescrits... respectent les recommandations de bonne pratique cliniques et les références professionnelles ».

48. Une tentative de lier expressément le remboursement d'une prise en charge au respect de RBP avait déjà été menée dans le cadre des psychothérapies en 2003 (Cléry-Mélin *et al.*, 2003).

49. Haute autorité de santé (en ligne) [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ald_-_recommandations_de_la_has_18_mai_2006.pdf].

de santé publique (l'individu acteur de sa santé), est l'une des marques distinctives de la gouvernementalité néo-libérale dont le succès repose sur des transformations socio-culturelles de longue période. Il est, dans le même mouvement, enrôlé dans la conduite de l'action publique, servant de levier à la transformation des pratiques professionnelles.

Du côté des médecins, la CCAM qui a permis une refonte tarifaire des actes est fondée sur le principe de l'acte global : chaque libellé comprend implicitement l'ensemble des gestes nécessaires à la réalisation de l'acte « dans la règle de l'art ». À lire cette classification, les dites règles de l'art sont renvoyées aux RBP. Pour que le soin puisse être tarifé, le médecin doit donc réaliser des actes en référence aux RBP. Les pairs relaient quant à eux les RBP qui sont aux fondements de deux dispositifs devenus obligatoires : l'évaluation de la pratique médicale (EPP, obligatoire depuis 2004) et la formation médicale continue (FMC, obligatoire depuis 1996). Ainsi pour la première, « l'évaluation des pratiques se traduit par un double engagement des médecins : premièrement, ils s'engagent à fonder leur exercice clinique sur des recommandations et deuxièmement ils mesurent et analysent leurs pratiques en référence à celles-ci »[50]. Dite non sanctionnatrice, l'évaluation est pourtant régie par un article du code de la sécurité sociale (L145-1) qui prévoit des sanctions et permet d'obtenir un certificat – valable cinq ans – qui consiste bien en une accréditation. Enfin, selon le Code de santé publique, le médecin a obligation de « développement professionnel continu »[51]. Le Conseil de l'Ordre des médecins est impliqué dans le suivi du respect de cette obligation à travers le rôle d'une commission régionale de formation médicale continue qui ouvre, pour chaque professionnel, un « dossier d'évaluation »[52].

L'analyse des documents des agences de santé, de l'Assurance maladie ou des textes de lois montre comment procède la gouvernementalité mise en œuvre par l'État et l'Assurance maladie, tant dans son instrumentation que par son argumentation. Sur le premier plan, par généralisations et extensions successives, transformations de l'expérimental et du volontaire en obligatoire, fixation d'objectifs chiffrés, transversalité de la référence aux RBP et ouverture de l'éventail des degrés de contrainte ; même si dominent les formes de l'incitation, du contrat, de la responsabilisation. On saisit par ailleurs qu'un certain nombre d'analyses et d'hypothèses sont d'abord posées, envisagées, livrées à la discussion puis réduites à des assertions, des évidences partagées et des équations simples. La conformation des pratiques de soins des médecins aux normes de qualité représentées par les RBP est posée comme une pièce majeure de la médicalisation de la maîtrise des dépenses et de la réussite d'objectifs de santé publique.

Conclusion

Avec les RBP, l'État, *via* les agences sanitaires, se dote de nouveaux moyens pour réguler la pratique d'une médecine libérale foncièrement opposée à la remise en cause de

50. Haute autorité de santé (en ligne) [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434225/la-politique-devaluation-des-pratiques-de-la-has].
51. Légifrance (en ligne) [http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000025112198&idSectionTA=LEGISCTA000025112203&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120111].
52. Conseil national de l'Ordre des médecins (en ligne) [http://www.conseil-national.medecin.fr/article/modalites-d-application-de-l-article-l-4113-6-du-csp-questions-de-procedure-454].

ses principes définis en 1927 et de ses prérogatives. L'instrument se déploie à compter de la fin des années 1990 alors que les pouvoirs publics sont à la recherche de nouveaux moyens de maîtriser les dépenses de santé. Ne pouvant *a priori* pas intervenir sur la médecine libérale selon les mêmes modalités que dans les établissements de santé dont ils ont la tutelle et dont ils assurent le financement direct, ses promoteurs vont tout à la fois développer un argumentaire pour partie *ad hoc* et créer ou développer des outils pour bon nombre novateurs, en particulier en s'inspirant de réformes menées au sein du *National Health Service* anglais. La mise en place de ce gouvernement à distance des médecins libéraux rompt avec une longue histoire de relations conflictuelles entre les deux parties et représente une nouvelle capacité de pilotage d'abord pour le payeur (l'Assurance maladie) et, à un degré moindre, pour le régulateur (l'État) de ce segment de la profession médicale farouchement attaché à son « indépendance ». L'autonomie de la profession dans sa dimension la plus cruciale – la pratique du soin – se trouve ainsi encadrée par la multiplicité de la référence à l'instrument ainsi que par les outils de son intégration. Le contrôle et la standardisation des pratiques de soin ne peuvent se justifier pleinement auprès de l'opinion publique et des professionnels que s'ils n'entraînent pas des soins « au rabais » ou une maîtrise uniquement « comptable » des dépenses. Or, justement, les RBP apparaissent comme cet instrument d'action publique qui prétend articuler amélioration de la « qualité », « transparence » et scientificité de leur élaboration, à laquelle les Agences sont attachées à faire participer des représentants de la profession qui ne soient pas seulement des élites (les « grands patrons ») ou des experts.

Issu d'un mouvement scientifico-professionnel de rationalisation du jugement du médecin, l'instrument RBP est devenu un instrument d'action politique de plus en plus prégnant dans le système de santé. De notre point de vue, son emprise sur les pratiques médicales repose sur plusieurs de ses caractéristiques : il permet tout autant aux professionnels de se jauger, de s'auto-évaluer que d'être évalué ; il ne gouverne pas comme le font la loi ou le règlement, de manière « *command and control* » mais « sans en avoir l'air » (Belorgey, 2010) ; il le fait en combinant des niveaux très divers de « conduite des conduites », en particulier la responsabilisation des médecins en tant qu'individus et groupe professionnel. Les RBP relèveraient ainsi de cette catégorie d'instrument que Lascoumes et Le Galès identifient comme « reposant sur une légitimité mixte qui combine une rationalité scientifique [la référence à l'EBM] et technique contribuant à en neutraliser la signification politique avec une rationalité démocratique basée sur leur élaboration négociée et les démarches coopératives qu'ils induisent » (2005, p. 363). Reste toutefois à préciser, et c'est un vaste champ de recherches en sciences sociales pour les années à venir, dans quelle mesure et de quelle manière les médecins – libéraux et hospitaliers, généralistes et spécialistes –, les usagers – individus et associations –, les pouvoirs publics et ses agences ainsi que l'Assurance-maladie, saisissent les possibilités ouvertes par les RBP et quels en sont, concrètement et précisément, les effets sur les pratiques et l'organisation de la profession et du système de santé.

Christine ROLLAND – François SICOT
LISST – Laboratoire interdisciplinaire solidarités, sociétés, territoire
Université Toulouse 2 Le Mirail
tinerolland@yahoo.fr
sicot@univ-tlse2.fr

Bibliographie

AGENCE NATIONALE D'ACCRÉDITATION ET D'ÉVALUATION POUR LA SANTÉ (1999), *Les recommandations pour la pratique clinique. Base méthodologique pour leur réalisation en France*, Paris, ANAES.

AGENCE NATIONALE D'ACCRÉDITATION ET D'ÉVALUATION POUR LA SANTÉ (2000), *Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales*, Paris, ANAES.

ALLEMAND, H., JOURDAN, N. (2000), « Sécurité sociale et références médicales opposables », *Revue médicale de l'assurance maladie*, 3, p. 47-53.

AUBERT, J.-P., LAVERSIN, S. (2000), « Ce qu'attend le médecin généraliste des recommandations », *Revue du praticien en médecine générale*, 511, p. 1779-1780.

BACHIMONT, J., COGNEAU, J., LETOURMY A. (2006), « Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2 », *Sciences sociales et santé*, 24 (2), p. 75-103.

BATIFOULIER, P., GADREAU M., DOMIN, J.-P. (2008), « Mutation du patient et construction d'un marché de la santé », *Revue française de socio-économie*, 1, p. 27-46.

BELORGEY, N. (2010), *L'Hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte.

BENAMOUZIG, D., BESANÇON, J. (2005), « Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France », *Sociologie du travail*, 47, p. 301-322.

BENAMOUZIG, D., PIERRU, F. (2011), « L'intégration institutionnelle du monde médical », *Sociologie du travail*, 53 (3), p. 293-348.

BERG, M., HORSTMAN, K., PLASS, S., VAN HEUSDEN, M. (2000), « Guidelines, Professionals and the Production of Objectivity: Standardisation and the Professionalism of Insurance Medicine », *Sociology of Health & Illness*, 22 (6), p. 765-791.

BERNSTEIN, D., BLOTIÈRE, P-O. BOUSQUET, F., LEGAL R., SILVERA, L. (2009), « La variabilité des pratiques en médecine générale : une analyse sur données de l'Assurance maladie », Rennes, *Congrès des économistes français de la santé*, 3 et 4 décembre.

BEZES, P. (2005), « Le renouveau du contrôle des bureaucraties. L'impact du New Public Management », *Informations sociales*, 6 (126), p. 26-37.

BEZES, P. (2009), *Réinventer l'État, 1962-2008*, Paris, PUF.

BEZES, P. (2011), « New Public Management made in France », dans MAS, B., PIERRU F., SMOLSKI, N., TORRIELLI, R., *L'Hôpital en réanimation*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant, p. 39-59.

BOCQUET, P.Y., PELTIER, M. (2010), *Mission sur la gestion du risque*, Paris, IGAS.

BRANCIARD, A. (1990), « Émergence, appropriation, activation d'un référent : la rhétorique de l'efficacité dans la régulation des activités médicales », dans *VI^e Journées de sociologie du travail*, Toulouse.

BRAS, P.L., DUHAMEL, G. (2008), « Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères », Paris, IGAS.

BURCHELL, G., GORDON, C., MILLER, P. (1991), *The Foucault Effect. Studies in Governmentality*, Chicago (Ill.), University of Chicago Press.

CAMBROSIO, A., KEATING, T., SCHLICH, T., WEISZ, G. (2006), « Regulatory Objectivity and the Generation and Management of Evidence in Medicine », *Social Science and Medicine*, 63, p. 189-199.

CANIARD, É. (2002), *Les recommandations de bonne pratique : un outil de dialogue, de responsabilité et de diffusion de l'innovation*, rapport à M. Bernard Kouchner, ministre de la Santé, avril.

CASTEL, P. (2006), « Les recommandations de bonnes pratiques comme objet heuristique pour la sociologie de la médecine (Commentaire) », *Sciences sociales et santé*, 24 (2), p. 105-112.

CASTEL, P. (2008), « La gestion de l'incertitude médicale : approche collective et contrôle latéral en cancérologie », *Sciences sociales et santé*, 26 (1), p. 9-32.

CASTEL, P., DALGALARRONDO, P. (2005), « Les dimensions politiques de la rationalisation des pratiques médicales », *Sciences sociales et santé*, 23 (4), p. 5-40.

CASTEL, P., ROBELET, M. (2009), « Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usages des recommandations de pratiques cliniques », *Journal d'économie médicale*, 27 (3), p. 98-115.

CLERY-MELIN, P., KOVESS, V., PASCAL, J.-C. (2003), « *Plan pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale* », Paris, ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.

CZUWAK, S. (2005), « Les modalités de communication du dossier médical », *Jurisanté actualités*, 52, p. 26-28.

DURAN, P., MONNIER, E. (1992), « Le développement de l'évaluation en France. Nécessités

techniques et exigences politiques », *Revue française de science politique*, 42 (2), p. 235-262.

ESPESSON-VERGEAT, B. (2008), « La force des avis et recommandations des autorités de santé », *Revue générale de droit médical*, 30, p. 15-31.

FAUCHER-KING, F., LE GALÈS, P. (2010), *The New Labour Experiment*, Standford (Calif.), Standford University Press.

FEVERS, B., ESPER, C., THEOBALD S., BATAILLARD, A., PHILIP, T. (2000), « Standards, Options et Recommandations (SOR) : leurs effets juridiques en termes de responsabilité, recommandations et suggestions à l'intention des Centres de lutte contre le cancer », *Bulletin du cancer*, 87 (12), p. 907-115.

FOUCAULT, M. (1994a), « L'éthique du souci de soi comme pratique de la liberté » [1984], dans *Dits et écrits*, tome IV, Paris, Gallimard, p. 708-729.

FOUCAULT, M. (1994b), « La gouvernementalité » [1978], dans *Dits et écrits*, tome III, Paris, Gallimard, p. 635-657.

FRAGONARD, B. (2004), *Rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie*, Paris, ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.

GHISOLFI, J. (2002), « Médecine basée sur les preuves et médecine basée sur le bon sens : s'agit-il de deux notions antinomiques ? » *XXVII[e] JTA*, (en ligne) [www.lesjta.com].

GUILLEMIN, H. (dir.). (2008), *Échanges, marché et marchandisation*, Paris, l'Harmattan.

HAMMER, R. (2010), *Expériences ordinaires de la médecine. Confiances, croyances et critiques profanes*, Zurich et Genève, Séismo.

HASSENTEUFEL, P. (1997), *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne*, Paris, Presses de Sciences Po.

HASSENTEUFEL, P. (2001), « La libéralisation des systèmes de protection maladie européens Convergence, européanisation et adaptations nationales », *Politique européenne*, 1 (2), p. 29-48.

HASSENTEUFEL, P., PALIER, B. (2005), « Les trompe-l'œil de la "gouvernance" de l'assurance maladie », *Revue française d'administration publique*, 113 (1), p. 13-27.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (2005), *ANDEM/ ANAES. Fonds de l'évaluation médicale (1987-2000)*, Paris, Haute autorité de santé.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (2007), *Définir, ensemble, les nouveaux horizons de la qualité en santé*, Paris, Haute autorité de santé.

HEINRICH, C.-J. (2007), « Evidence-Based Policy and Performance Management. Challenges and Prospects in Two Parallel Movements », *The American Review of Public Administration*, 37 (3), p. 255-277.

JACKSON, S., SCAMBLER, G. (2007), « Perceptions of evidence-based medicine: traditional acupuncturists in the UK and resistance to biomedical modes of evaluation », *Sociology of Health and Illness*, 29 (3), p. 412-429.

JACOB, S. (2009), « Opération chloroforme ou la réinvention de l'État rationnel : l'évaluation et les données probantes », *Criminologie*, 42 (1), p. 201-223.

JACQUES, B., POUCHADON, M.-L., SAILLOUR-GLENISSON, F. (2007), « Les recommandations de pratique clinique à l'épreuve de la pratique hospitalière », *Sociologie santé*, 26, p. 187-202.

LANGEARD, C. (2010), « Préserver la singularité de la relation face aux recommandations. Le cas de l'annonce du diagnostic de la mucoviscidose », 78[e] congrès international de l'ACFAS, colloque *Mutations des systèmes de santé et Communication entre organisations, professionnels, patients et Société civile*, Université de Montréal, 10-11 mai.

LASCOUMES P. (2004), « La gouvernementalité : de la critique de l'État aux technologies du pouvoir », *Le Portique*, 13-14, p. 2-13.

LASCOUMES, P., LE GALÈS, P. (2005), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po.

LASCOUMES P., SIMARD L. (2011), « L'action publique au prisme de ses instruments. Introduction », *Revue française de science* politique, 61 (1), p. 5-22.

LAUDE, A. (2009), « Dix ans de droit de la santé », *Les Tribunes de la santé*, 4 (25), p. 51-62.

LAVAL, C. (2011), « La rationalité néo-libérale à l'assaut des services publiques », dans MAS, B., PIERRU, F., SMOLSKI, N., TORRIELLI, R., *L'Hôpital en réanimation*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant, p. 31-38.

LE PAPE, A., SERMET, C. (1998), « Les références médicales opposables sur le médicament : bilan de trois années d'application », *Questions d'économie de la santé*, Irdes, 14 (10).

LE PEN, C. (1999), *Les habits neufs d'Hippocrate, « du médecin artisan au médecin ingénieur »*, Paris, Calmann-Lévy.

LEMIENGRE, M. (2008), « Preuve adaptée : reconnaître les limites de l'Evidence Based Medicine (éditorial) », *Minerva*, 7 (5), p. 65.

MARKS, H. (1999) [1997 pour l'édition originale], *La Médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques [1900-1990]*, Paris, Institut Synthélabo.

MAS, B., PIERRU F., SMOLSKI, N., TORRIELLI, R. (2011), *L'Hôpital en réanimation*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant.

MINVIELLE, E. (2006), « New Public Management à la Française: The Case of Regional Hospital Agencies », *Public Administration Review*, 66, p. 753-763.

MORELLE, A. (1996), *La Défaite de la santé publique*, Paris, Flammarion.

MOULIN, A.-M. (2004), « Ordre et Désordre dans le champ de la santé », dans SCHWEYER, F.-X., PENNEC, F., CRESSON, G., BOUCHAYER, F. (dir.), *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, ENSP, p. 19-36.

OBRECHT, O. (2009), « Les recommandations de bonnes pratiques », dans BRAS, P.-L., DE POUVOURVILLE, G., TABUTEAU, D., *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 287-295.

OGIEN, A. (2000), « La volonté de quantifier. Conceptions de la mesure de l'activité médicale », *Annales d'encrinologie*, 2, p. 283-312.

OGIEN, A. (2001), « Le système RMO, la maîtrise des dépenses de santé et les paradoxes du contrôle », *Revue française des affaires sociales*, 4, p. 51-57.

PIERRU, F. (1999), « Une self-fulfilling prophecy avortée : l'hôpital entreprise », *Politix*, 46, p. 7-47.

PIERRU, F. (2007), *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauge, Éditions du Croquant.

PIERRU, F. (2009), « Hospital Inc, Les professionnels de santé à l'épreuve de la gouvernance d'entreprise », *Enfances & PSY*, (2) 43, p. 99-105.

PIERRU, F. (2011), « Budgétiser l'Assurance-maladie. Heurs et malheurs d'un instrument d'action publique : l'enveloppe globale », dans BEZES, PH., SINE, A., *Gouverner (par) les finances publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 395-449.

PIERRU, F. (2012a), « La santé en fusions. L'accouchement des agences régionales de santé au forceps institutionnel », dans CASTAING, G.., *La Territorialisation des politiques de santé*, Bordeaux, Éditions hospitalières, p. 77-108.

PIERRU, F. (2012b), « Le mandarin, le gestionnaire et le consultant. Le tournant néo-libéral de la politique hospitalière », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 195, à paraître.

PINELL, P. (1992), *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France*, Paris, Métailié.

RAFFENNE C. (2010), « La nouvelle gouvernance de la santé au Royaume-Uni ou les apories de la gouvernementalité néolibérale », *Observatoire de la société britannique*, 8, p. 271-296.

ROBELET, M. (1999), « Les médecins placés sous observation. Mobilisations autour du développement de l'évaluation médicale en France », *Politix*, 46, p. 71-97.

ROBELET, M. (2003), *Les figures de la qualité des soins. Rationalisations et normalisation dans une économie de la qualité*, thèse de doctorat de sociologie, Université Aix-Marseille, ARLIAUD, M. (dir).

ROLLAND, C. (2011), *Enjeux et usages des recommandations de bonne pratique. Application à la médecine générale et à l'hypertension artérielle*, thèse de doctorat de sociologie, Université Toulouse 2 Le Mirail, SICOT, F. (dir).

ROSE, N., MILLER, P. (1992), « Political Power beyond the State: Problematics of Government », *The British Journal of SSociology*, (43) 2, p. 173-205.

SACKETT, D., ROSENBERG, W.-M., GRAY, J-A., HAYNES, R.-B., RICHARDSON, W.-S. (1996), « Evidence Based Medicine: What it is and What it isn't », *British Medical Journal*, 312 (17023), p. 71-72.

SAILLOUR-GLENISSON, F., MICHEL, P. (2003), « Facteurs individuels et collectifs associés à l'application des recommandations de pratique clinique par le corps médical : revue de la littérature », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 51, p. 65-80.

SERRE, M. (2001), « *Un tournant libéral de la santé ? Les réformes de la protection maladie en France ou l'acclimatation d'un référentiel de marché* », thèse pour le doctorat de science politique, Paris, Université Paris I- La Sorbonne, OFFERLE, M. (dir.).

SETBON, M. (2000), « La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective », *Sociologie du travail*, 42, p. 51-63.

SMALLWOOD, O. (2006), « La normalisation des règles de l'art médical : une nouvelle source de responsabilité pour les professionnels de santé ? », *Médecine & droit*, 79-80, p. 121-126.

TABUTEAU, D. (2010), « Du plan Seguin à la loi HPST : les évolutions de la politique de santé », *Les Tribunes de la santé*, 5, hors série, p. 37-51.

TIMMERMANS, S., BERG, M. (2003), « *The Gold Standard. The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care* », Philadelphia (Penn.), Temple University Press.

TIMMERMANS, S., OH, H. (2010), « The Continued Social Transformation of the Medical Profession », *Journal of Health and Social Behavior*, (51)S, p. 94-106.

THOMAS, J.-P. (2008), *La Plume et le Scalpel. La médecine au prisme de la littérature*, Paris, PUF.

TREPOS, J.-Y., LAURE, P. (2008), « Médecins généralistes et recommandations médicales : une approche sociologique », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, (56) S, p. 221-229.

URFALINO, P., BONETTI, E., BOURGEOIS, I., DALGALARRONDO, S., HAURAY, B. (2001), *Les recommandations à l'aune de la pratique. Les cas*

de l'asthme et du dépistage du cancer du sein, Centre de sociologie des organisations CNRS-FNSP, Union régionale des médecins libéraux du Poitou-Charente.

VALLEE, J.-P. (1999), *Recommandations et consensus, propositions pour une meilleure mise en pratique*, Paris, UNAFORMEC.

VOY CZUWAK, S. (2005), « Chroniques de jurisprudence », *Jurisanté actualités*, 52.

WEISZ, G., CAMBROSIO, A., KEATING, P., KNAAPEN, K., SCHLICH, T., TOURNAY, V. (2007), « The Emergence of Clinical Practice Guidelines », *The Milbank Quarterly*, 85 (4), p. 691-727.