

**Comment rationaliser sans standardiser la médecine?
Production et usages des recommandations de pratiques
cliniques**

Patrick Castel, Magali Robelet

► **To cite this version:**

Patrick Castel, Magali Robelet. Comment rationaliser sans standardiser la médecine? Production et usages des recommandations de pratiques cliniques. Journal d'Economie Médicale, 2009, 27 (3), pp.98-115. halshs-00587065v2

HAL Id: halshs-00587065

<https://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/halshs-00587065v2>

Submitted on 28 Jul 2014

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.

Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usages des recommandations de pratiques cliniques

Rationalizing without standardizing medicine ? An analysis of the production process and the use of medical guidelines

Patrick Castel, Sociologue

Chargé de recherche, Sciences Po - CSO – 19 rue Amélie 75007 Paris

Magali Robelet, Sociologue (auteur correspondant)

Maître de conférences, Université Lyon 3 – Graphos – 18 rue Chevreul 69007 Lyon

magali.robelet@univ-lyon3.fr

04 78 78 75 81

Résumé en français

A partir d'une synthèse de la littérature française et internationale de sciences sociales et des travaux conduits par les auteurs sur les recommandations de pratiques cliniques, notamment en oncologie, l'article propose une analyse sociologique de la rationalisation des pratiques médicales qui prend acte d'un changement tout en échappant au dilemme « stratification de la profession médicale »/« perte d'autonomie ». L'enjeu pour les professionnels de la normalisation et de la rationalisation est de trouver un compromis entre la formalisation d'un lien entre diagnostic et traitement et la préservation de marges de liberté dans la mise en œuvre des recommandations au nom de l'incertitude et de la singularité des cas. L'article montre que la rationalisation en cours n'est pas nouvelle et s'inscrit au cœur de la dynamique professionnelle. Il montre ensuite qu'elle consiste en une forme de rationalisation « professionnelle » plus qu'« industrielle » qui ne conduit pas à une « standardisation » des pratiques mais préserve l'autonomie du jugement clinique, autorise des marges de manœuvre et ne met pas nécessairement la profession médicale sous contrôle extérieur. Ces effets de la rationalisation sont analysés, d'abord à travers le processus d'élaboration des recommandations, à la fois formalisé, institutionnalisé mais qui encadre les usages possibles des recommandations et en limite en particulier l'utilisation à des fins de contrôle extérieur à la profession.

Mots clés : profession médicale - recommandations- rationalisation - autonomie

Résumé en anglais

Using both a survey of social science literature on medical guidelines and different research fields they investigated themselves (especially on cancerology), the authors suggest a sociological analysis of the current rationalization process of medicine through the production and the use of medical guidelines.

The historical perspective shows that what is at stake in the long term rationalization process of medicine is not only the autonomy of the medical profession nor the stratification of the profession between the clinicians and the experts physicians but also the definition of the balance between the pursuit of objectivity that is supposed to make medical work easier and the protection from external controls on medical practices (from the State, from the National Health Insurance and from patients).

Our findings are that the rationalization process of medicine is not new and is part of the historical dynamics of the medical profession but it presents some recent specificities (its collegiality and recursiveness). Moreover, this rationalization is rather a professional rationalization that preserves the autonomy of the clinical judgment and the possibilities of adaptations in a given local implementation context than an industrial rationalization that would imply the definition of a formal and standardized link between diagnosis and treatment classifications and would facilitate external controls on the medical practices. The article analyses first the way the medical guidelines are produced in France and secondly the way the guidelines are used by the physicians and by other actors.

Mots clés : medical profession – guidelines-rationalization - autonomy

Introduction

Pour les médecins, les recommandations de pratiques ont initialement été associées aux seules RMO (Références Médicales Opposables), mises en place dans le cadre de la convention médicale de 1993, ensemble d'interdits en matière de pratique médicale dont le non respect était censé impliquer des sanctions financières¹. Cette perception négative des recommandations n'a pas empêché leur profusion et leur diffusion au sein de la profession, à travers le travail d'une agence dédiée (l'ANDEM transformée en ANAES puis en HAS) et celui des sociétés savantes, de sorte qu'aujourd'hui, les prises de position remettant en cause de façon radicale l'opportunité de produire des recommandations sont rares [3]. Les études existantes concluent généralement que les médecins ont des attitudes plutôt positives vis-à-vis des recommandations comme outil d'aide à la prise de décision [4], [5], [6]. Les critiques portent essentiellement, d'une part, sur la qualité et l'applicabilité de recommandations spécifiques et, d'autre part, sur les risques d'une application mécanique de ces recommandations [7], [8], [9], [10].

Souvent analysées en première intention par les représentants des médecins et les observateurs comme une nécessité face à la multiplication des données scientifiques, à la complexification des cas traités mais aussi aux préoccupations de coûts, de transparence et de sécurité des soins, les recommandations peuvent également être considérées de façon plus générale comme une manifestation d'un mouvement profond de rationalisation de la médecine. Se posent alors les questions de la nature (quelle est la part d'inédit dans cette dynamique ?) et de l'ampleur de la rationalisation par les normes de pratiques (quels sont ses effets

¹ Les tribulations des RMO témoignent d'un renversement des modalités du recours aux recommandations médicales dans le cadre de la régulation des dépenses de santé. Les accords conventionnels entre représentants des médecins libéraux et de l'assurance maladie de 1993 et 1998 visaient la réalisation d'économies par la limitation des actes et prescriptions inutiles et dangereux. Le dispositif prévoyait des sanctions financières en cas de non respect répété des RMO. L'échec des RMO (faiblesse des économies réalisées et des changements de pratiques) s'explique en partie par les difficultés de la mise en œuvre du contrôle au niveau local et par l'ambiguïté de la politique, entre contrôle administratif et auto-régulation de la profession [1]. De fait, peu de médecins ont fait l'objet de retenue financière (121 médecins sur les années 1995 et 1996 [2]). Sans qu'aucun texte ne vienne officiellement sanctionner la fin du dispositif, le Conseil d'Etat, par des décisions de 1998 et 1999, déclare illégales les versements financiers prévus pour les médecins ne respectant pas les RMO. À partir des années 2000, les nouvelles règles conventionnelles inversent la logique : de recommandations définissant les soins à éviter associées à des sanctions, les outils conventionnels privilégient désormais des recommandations positives assorties d'incitatifs financiers. Les « accords de bon usage de soins », prévoient la définition d'objectifs quantifiés régionaux à respecter par les médecins (par exemple augmentation des actes de dépistage de certains cancers). Les « contrats individuels des bonnes pratiques » prévoient une contrepartie financière à l'engagement des médecins dans le respect des bonnes pratiques. Le principe de l'opposabilité n'a pourtant pas totalement disparu, on le trouve mentionné dans la convention de 2005 et dans le décret fixant les missions de la Haute Autorité de Santé, censée « établir les références professionnelles susceptibles d'être

sur l'efficacité/efficience des pratiques médicales, sur la nature du travail médical et sur l'autonomie de la profession médicale ?). Si la perspective historique est essentielle pour nuancer le caractère inédit de la rationalisation médicale en cours, des études sociologiques manquent encore pour analyser de façon satisfaisante sa nature et ses effets.

La diffusion des recommandations de pratique clinique a d'abord été étudiée par les sociologues des professions américains dès les années 1980, dans le cadre du développement du *managed care*² et sous l'angle de la perte d'autonomie des médecins. Schématiquement, deux positions se sont affrontées. Pour Eliot Freidson [12], [13], les praticiens n'ont rien perdu de l'autonomie que leur confère leur appartenance à une profession, puisque les standards sont produits par des médecins. En revanche, une stratification croissante s'observe à l'intérieur de la profession, entre ceux qui édictent les règles de bonnes pratiques et ceux qui les appliquent. D'autres auteurs concluent à l'inverse que l'on assiste à la « déprofessionnalisation » de la médecine ([14], [15], [16])³ dans le sens où les décisions ne seraient plus fondées sur des jugements subjectifs mais déléguées à des techniques objectives et quantitatives. Ces analyses manquent souvent de fondement empirique et partent plutôt d'un modèle très abstrait de la figure du médecin et/ou des rapports de pouvoir existant entre le corps médical et les autres catégories d'acteurs des systèmes de santé. Encore trop peu développées, d'autres approches plus micro-sociologiques, s'appuyant sur les apports de la sociologie des sciences, analysent l'utilisation concrète des recommandations par les médecins et mettent plutôt en évidence de processus locaux d'ordres négociés [19], [20], [21].

Nous souhaitons ici contribuer à la production d'une analyse sociologique de la rationalisation des pratiques médicales qui prend acte d'un changement dans les pratiques tout en échappant au dilemme « stratification de la profession médicale »/« perte d'autonomie ». Dans cette perspective, la théorie sociologique des professions proposée par Andrew Abbott paraît particulièrement utile. Insistant sur le contenu du travail et la nature des tâches pour la défense d'une « juridiction » professionnelle, il souligne les implications ambivalentes de la formalisation des pratiques et « *d'un lien isomorphe entre diagnostic*

rendues opposables aux professionnels par les conventions ». Dans les faits, la HAS n'a jusqu'à présent jamais été saisie d'une telle demande par les partenaires conventionnels.

² Les recommandations ne sont qu'un des éléments du changement introduit dans le cadre du *managed care* [11]. S'y ajoutent notamment le contrôle qualité, les mesures de performance économique, l'intégration horizontale et verticale des offreurs de soins au sein de vastes ensembles capitalistes ou l'évolution des règles de rémunération.

et traitement » : « *Etablir un lien automatique entre les deux [activités] clarifierait et simplifierait le travail du professionnel et, dans le même temps, le rendrait plus compréhensible aux acteurs extérieurs à la profession. Pourtant, il risquerait aussi d'altérer sa valeur* » ([22], p.45). Il s'agit donc de déterminer d'abord si les recommandations introduisent une plus grande prévisibilité entre diagnostic et prescription et ensuite, si c'est le cas, d'analyser ce qui permettrait la participation d'acteurs non médicaux à des tâches autrefois exclusivement médicales.

L'ensemble des données que nous examinons permet de formuler des nuances sur l'ampleur de la rationalisation⁴. D'une part, elle n'est pas nouvelle et s'inscrit au cœur de la dynamique professionnelle de la médecine (Partie 1). D'autre part, elle consiste en une forme de rationalisation « professionnelle » plus qu'industrielle [23] qui ne conduit pas à une « standardisation » des pratiques, préserve l'autonomie du jugement clinique, autorise des marges de manœuvre et ne met pas nécessairement la profession médicale sous contrôle extérieur. Nous analyserons ces effets, d'abord à travers le processus d'élaboration des recommandations (Partie 2) puis par leurs usages possibles (Partie 3).

1. Les formes d'objectivité de la décision médicale : des « motifs » rationalisateurs récurrents

Resituées dans une histoire longue, les recommandations apparaissent d'abord comme l'une des manifestations de la quête d'objectivité de la prise de décision médicale (en vue de restreindre, compléter ou supporter sa part de subjectivité). Ce processus d'objectivation de la médecine passe notamment par l'élaboration d'outils de mesure et de classification des pathologies, qui permet de mettre en évidence des régularités dans les manifestations et le traitement des maladies. Le détour historique vient rappeler ensuite que la profession médicale est loin d'être homogène dans son rapport à l'objectivation de ses pratiques et que les débats sont récurrents entre les partisans de la prééminence du jugement clinique et ceux de la référence systématique aux données objectives fournies par une certaine forme de recherche scientifique (« la médecine des preuves » qui recourt aux essais cliniques randomisés [24]). Pour certains sociologues, le cœur de la dynamique de la profession médicale se situe précisément dans les tensions et luttes permanentes entre médecins autour de la définition de ce qui peut faire l'objet d'une rationalisation

³ On retrouve ce type d'interrogation en France à partir des années 1990 [17], [18].

⁴ Notre propos s'appuie sur une revue de littérature française et anglo-saxonne en sciences sociales, sur des études empiriques conduites par les deux auteurs, en particulier sur le terrain de la cancérologie et sur leur participation à un groupe de travail de la HAS intitulé « Intégration des aspects sociaux dans l'élaboration des recommandations », au sein duquel se trouvent discutés les méthodes, le contenu et la formulation des recommandations professionnelles.

(dans le sens d'une définition *a priori* des façons de pratiquer et de la quête d'un lien formalisé entre diagnostic et traitement) et ce qui doit y échapper, au nom de la préservation de l'autonomie du jugement clinique [25]. La quête d'objectivité est donc une dynamique profonde et interne à la médecine et à la profession médicale, qui présente des spécificités dans ses modalités contemporaines.

1.1. La quantification en médecine : une histoire et des débats anciens

Les efforts réalisés par la médecine pour quantifier son activité (mesurer et classer les faits anatomiques, chimiques, biologiques...) sont loin d'être nouveaux mais se renforcent avec le développement de la médecine clinique à partir du 18^{ème} siècle. Affectant dans un premier temps le diagnostic (avec l'apparition des lésions anatomiques à travers le microscope puis les rayons), les préoccupations d'objectivité par la mesure et la quantification (non dépendante des sens et de la subjectivité du jugement de chaque médecin) suivent les évolutions que connaissent la plupart des sciences devenues « expérimentales » [26] mais aussi l'action des gouvernements, appuyées sur la confiance dans les données chiffrées [27]. Le souci de la quantification pénètre de façon plus progressive et heurtée l'efficacité de la thérapeutique. La légitimité de la « preuve par les chiffres », fournie par les premières techniques d'échantillonnage, se heurte aux oppositions d'une partie de la profession médicale, autour d'arguments relativement récurrents depuis le milieu du 19^{ème} siècle [28].

Contre toute tentative de démonstration d'une thérapeutique universelle valable sur tous les cas (ou du moins un ensemble de cas semblables), les partisans de la supériorité du jugement clinique subjectif, appliqué à chaque cas, mettent d'abord en doute l'efficacité de la quantification à couvrir tous les cas possibles et soulignent les risques d'erreur à transférer des résultats de la population expérimentale à des cas singuliers. Aujourd'hui, les résultats des essais cliniques randomisés sont également critiqués en raison des caractéristiques des populations testées (qui excluent certains groupes comme les plus âgés, les plus jeunes ou les minorités ethniques). Un autre ensemble d'arguments fait valoir que la quantification de la médecine, surtout lorsqu'elle est associée à des recommandations « appuyées sur la science », menace la liberté thérapeutique du médecin, qui serait nécessaire à une « bonne » pratique. Le recours à l'explicitation des pratiques médicales donnerait prise aux interventions des pouvoirs publics sur l'activité des médecins et la livrerait à toutes sortes de contrôle, notamment en matière de coût. La référence à la technique comptable puis industrielle de l'audit (« audit clinique », « audit médical ») dans le vocabulaire

de « l'evidence-based medicine » (EBM, médecine fondée sur les preuves scientifiques de l'efficacité des traitements) entretient les craintes des opposants à une trop forte transparence des pratiques [29].

À ses débuts (aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne dans les années quatre-vingt), le mouvement de l'EBM attaquait de front les tenants du monopole du jugement clinique en mettant en évidence l'irrationalité de certaines pratiques médicales dont l'hétérogénéité n'était pas justifiée médicalement. Seuls la reproduction d'habitudes locales, le charisme d'un leader ou d'un représentant de laboratoire pharmaceutique pouvaient alors rendre compte de la variabilité des pratiques médicales. En même temps que se diffusaient les recommandations médicales et que s'entretenait leur légitimité, le message s'est fait plus diffus, présentant l'EBM comme un complément ou un outil pour l'exercice du jugement clinique, plutôt qu'une alternative à ce dernier.

On peut retenir de ces parallèles historiques que la production de recommandations médicales s'inscrit bien dans un mouvement de long terme interne aux transformations de la médecine, à l'origine duquel ne figurent pas les acteurs extérieurs, même s'ils ont pu y apporter leur soutien [24], [28], [30]. Comme dans les vagues précédentes de « quantification » de la médecine, le mouvement récent de rationalisation des pratiques médicales est porté par des groupes de médecins « innovateurs », proches des milieux de la recherche médicale, intégrant une expertise en statistique ou en épidémiologie. Il comporte cependant certaines spécificités.

1.2. Les spécificités des formes modernes d'objectivité : collégialité et récursivité de la rationalisation

Analysant le phénomène de la production et de la diffusion internationale de recommandations médicales, A. Cambrosio et ses collègues identifient deux spécificités par rapport aux précédents mouvements de rationalisation de la médecine. La première est le caractère collectif de ce qu'ils appellent la « régulation » dont les recommandations sont porteuses (ils entendent par là l'ensemble des règles de comportements, implicites comme explicites, que suscitent l'activité même de production de recommandations ainsi que leur diffusion). L'objectivité des pratiques devient un principe d'action (« *regulatory objectivity*») pour les médecins, essentiellement du fait du caractère collectif de l'expertise nécessaire à l'élaboration des normes de pratiques (à travers la référence à une littérature internationale et des méthodes comme celles des conférences de consensus, des avis des experts, des groupes de travail ou encore des comités pluridisciplinaires en cancérologie) [31]. Ce caractère collectif facilite l'acceptation

des recommandations et entretient la légitimité des outils de mesure et de classement à l'origine des recommandations (les entités nosologiques, les indices de gravité ou les stades des maladies). La seconde spécificité est le caractère réflexif de cette régulation : la production de recommandations requiert des catégories (de maladie, de symptômes, de traitement) et en même temps en produit de nouvelles (la recommandation s'applique en général à une population cible qui exclut certains cas pour lesquels d'autres recommandations sont produites), ce qui peut conduire à un raffinement croissant des catégories⁵. Ce caractère réflexif et récursif de la rationalisation par les normes contribue à entretenir de façon *a priori* illimitée la dynamique en cours.

Les progrès de l'objectivation des pratiques médicales sont une condition nécessaire à la mise en place de politiques de contrôle et de *reporting*, mais la définition des usages légitimes des outils de rationalisation des pratiques fait l'objet de luttes et de compromis entre représentants des pouvoirs publics, des médecins et d'autres acteurs qui en limitent jusqu'à présent les potentialités prescriptives.

2. La fabrique des recommandations : un processus auto-entretenu de rationalisation professionnelle

Plusieurs facteurs, d'ordres à la fois cognitif, logistique et politique, contribuent à rationaliser le processus de production des recommandations médicales, qui répond à des règles très formalisées. La fabrication des recommandations a d'abord lieu dans des espaces institutionnels dédiés, sous l'égide d'acteurs qui partagent un ensemble de croyances sur les conditions de scientificité du processus de production et sur les déterminants de l'application des recommandations par les médecins. Les exigences de production et de diffusion rapide des recommandations renforcent encore cette tendance à la rationalisation. Ces conditions de production ne sont pas sans effet sur la nature, le contenu et la délimitation des usages possibles des recommandations.

2.1. Une institutionnalisation de la division du travail entre les rationalisés et les rationalisateurs

La production de recommandations de pratiques professionnelles demeure interne à la médecine, dans la mesure où les médecins élaborent eux-mêmes les « normes » qui s'appliquent à leur travail, conservant le contrôle de la définition de ce qui peut être soumis à un processus d'objectivation et de normalisation.

⁵ Par exemple, dans une recommandation récente sur la surveillance des malades atteints de cirrhose non compliquée, la catégorie « ciblée » par la recommandation fait référence à une méthode de classement international des cas (elle-même issue d'études cliniques), le « score de Child-Pugh » [32].

Cependant, la mobilisation des acteurs professionnels se déroule dans le cadre de configurations institutionnelles relativement nouvelles. Ainsi, les facultés de médecine, acteurs historiques de la production des « savoirs formels » [33], ne sont que peu associées à cette activité. Si les sociétés savantes de spécialités participent à la production des recommandations, elles s'inscrivent dans des dispositifs d'expertise collective élargis, associant des experts en méthodologie de l'évaluation, des statisticiens, des chargés de projets, mais aussi des représentants des pouvoirs publics ou des financeurs des soins, voire (rarement) des représentants de patients. Ces institutions « hybrides » ont le plus souvent le statut d'agence⁶ (en France, la HAS, l'AFSSAPS ou l'INCA ; en Grande-Bretagne, le NICE) ou sont intégrées dans une « politique d'entreprise », comme c'est le cas pour le dispositif d'élaboration des « Standards, Options et Recommandations » (SOR) à l'initiative de la Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer. Ces agences sont en interaction les unes avec les autres : elles imitent ou testent des méthodes développées par d'autres (par exemple, l'implication de patients par le NICE dans l'élaboration des recommandations a été expérimentée dans l'élaboration des SOR) ; les recommandations existantes sur le sujet font partie de la littérature examinée lors de l'élaboration de nouvelles recommandations. En outre, on assiste au développement de collaborations internationales de vaste ampleur, afin d'homogénéiser plus avant le mode de production de recommandations à travers l'échange de pratiques et la conception d'outils standards⁷. Le caractère auto-référencé des processus de production des recommandations ainsi que la légitimité des méthodes employées s'en trouvent renforcés.

Ces nouvelles « bureaucraties techniques » [34], comme la HAS, comptent de nombreux médecins responsables de service et chargés de mission qui sont d'anciens cliniciens devenus « experts » en méthodologie de l'évaluation et en animation de groupe de travail en vue de conduire à un consensus [35]. Ils partagent une croyance forte dans les principes de l'EBM et dans la légitimité de l'objectif d'homogénéisation des pratiques médicales. Mais ils ont également la conviction qu'une recommandation ne peut être appliquée que si elle n'apparaît pas aux yeux des cliniciens comme « contraignante » dans

⁶ L'apparition des agences sanitaires en charge de l'élaboration et de la diffusion des normes de pratiques, s'inscrit dans un double mouvement de transformation de la médecine et de transformation des modes de recours à l'expertise dans les politiques publiques, qui se trouve déléguée à des instances périphériques à l'administration centrale, censées ouvrir les processus de délibération et renforcer la légitimité des décisions [34].

⁷ Ainsi, le Guidelines International Network, qui regroupe à ce jour 89 membres et réunit chaque année plus de 300 congressistes. Dans la section suivante, nous examinerons les exemples de la « collaboration

leur pratique et venue « d'en haut ». Ces deux principes sont le socle d'une « doctrine méthodologique » partagée par l'ensemble des médecins normalisateurs comme par les représentants des pouvoirs publics et des financeurs et ils orientent la définition et la mise en œuvre des règles de production des recommandations. Ces éléments confortent, tout en la nuanciant, l'hypothèse de Freidson d'une nouvelle forme de stratification de la profession médicale [13] : certes, on observe une nouvelle différenciation entre les médecins chargés d'édicter les règles de pratiques et d'organisation et les cliniciens, cependant, ces médecins ne sont pas (à ce jour) au sommet de la hiérarchie médicale et élaborent ces règles avec la participation conjointe de cliniciens généralement reconnus par le reste de la profession ou, du moins, censés l'être.

2.2. La formalisation des processus d'élaboration des recommandations ou la réflexivité de la rationalisation

Se fondant sur des études quantitatives ou sondages d'opinion, les défenseurs de l'EBM identifient le contenu précis des recommandations (ainsi que l'absence de stratégie efficace de diffusion et d'appropriation) – et non leur principe même – comme le principal frein à leur adoption [36] [7] [37]. Des interprétations différentes des données de la science, un manque d'adéquation des recommandations avec les conditions locales de la pratique (notamment les ressources disponibles) et un retard dans leurs mises à jour par rapport aux parutions des résultats d'essais thérapeutiques seraient notamment à l'origine de ce manque d'adhésion⁸. Réciproquement, la confiance dans la fiabilité de ces recommandations serait un facteur d'adhésion par les médecins. On comprend ainsi pourquoi la « rigueur méthodologique » avec laquelle les recommandations sont élaborées est autant mise en avant par les instances de production de recommandations mais aussi pourquoi cette rigueur est sans cesse travaillée, outillée et réaffirmée au cours du processus de fabrication, de sorte qu'on assiste à un travail permanent (car jamais achevé) de normalisation de la production des recommandations elle-même.

L'outil emblématique de cette quête de rigueur méthodologique et l'étape incontournable de toute production de recommandation consiste dans l'analyse critique de la littérature médicale internationale

AGREE » (www.agreecollaboration.org), comprenant 19 membres, et du réseau ADAPTE (www.adapte.org), de dimension européenne.

⁸ Malgré les nombreuses études qui soulignent les écarts de pratiques par rapport aux recommandations, il serait faux de conclure, comme certains chercheurs – notamment en sciences sociales – tendent à le faire, que les recommandations n'ont aucun impact sur les pratiques. Outre les évolutions des raisonnements utilisés dans le secteur et des relations entre acteurs que l'EBM entraîne ([38], [31], [39]), il existe en

sur le sujet, qui passe au crible les résultats des recherches en leur attribuant des « niveaux de preuve » selon le type de méthodologie employée (d'une étude sur quelques cas à un protocole d'essai clinique en double aveugle sur une large population). Récemment, des méthodes sont apparues pour évaluer non plus la littérature « brute » mais la qualité des recommandations émises par les sociétés savantes et agences internationales en leur attribuant un crédit plus ou moins fort en fonction de la méthodes d'élaboration et du degré d'accord obtenu au sein de la communauté scientifique [43]. D'autres méthodes sont censées permettre l'adaptation des recommandations émises dans un pays au contexte d'un autre afin d'éviter aux instances de normalisation un travail redondant et d'accélérer la diffusion internationale des recommandations [44]. Un tel projet traduit aussi la croyance des « normalisateurs » dans la possibilité de distinguer entre des différences illégitimes entre recommandations – qui seraient dues à une mauvaise analyse de la littérature – et des différences légitimes – qui seraient liées au « contexte organisationnel et culturel » des territoires dans lesquels ces recommandations doivent être diffusées [45], [46].

Une autre série de facteurs, liés au fonctionnement interne des instances de normalisation, vient entretenir la dynamique de rationalisation de la production de recommandations. Si l'on prend le cas de la HAS, celle-ci est soumise à une contrainte forte de production⁹. Sollicitée par le Ministère de la santé, l'Assurance maladie, les sociétés savantes mais également de plus en plus souvent par des associations de patients, elle a été conduite à se fixer des règles de priorités et de classement des recommandations. La rationalisation du travail de normalisation passe donc également par la classification des recommandations et la définition de procédures types de production pour chaque catégorie de recommandation. La « recommandation pour la pratique clinique » (RPC) s'appliquerait pour un sujet sur lequel existent de nombreuses données scientifiques et peu de controverse et serait élaborée entre experts, tandis que « l'audition publique » porterait sur un sujet controversé et conduirait à formuler des orientations assez larges sur l'organisation des soins en laissant davantage de place au débat et à l'expression des « profanes ». Enfin, l'agence étant elle-même soumise à une évaluation par ses financeurs (Etat et Assurance maladie), son travail fait l'objet d'une forte traçabilité dont témoigne la

effet des études qui tendraient à montrer que, sous certaines conditions, les recommandations pour la pratique clinique peuvent être utilisées [40], [41], [42].

⁹ Cet impératif de production a été mis en avant publiquement dans le rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale de 2005, qui critique la lenteur du rythme de production de la HAS (une vingtaine de recommandations de pratique clinique par an) [46].

profusion de procédures méthodologiques et de documents rendant compte du processus d'élaboration des recommandations.

L'analyse de la fabrique des recommandations au sein de la HAS confirme la nature récursive des processus de normalisation liée à la référence auto-entretenu aux données de la science [31] mais montre également que la rationalisation de ce processus répond à une logique de fonctionnement interne à l'agence, liée à son obligation de rendre des comptes aux commanditaires des recommandations.

2.3. Une priorité : l'acceptabilité des recommandations par les cliniciens

En plus de la rigueur scientifique du processus de production, d'autres principes sont intégrés dans la « doctrine » de production des recommandations en vue de favoriser l'adhésion des professionnels aux recommandations : la recherche de la participation des cliniciens à leur élaboration et/ou validation et la formulation non prescriptive des recommandations, préservant l'autonomie du jugement clinique.

Ces principes sont particulièrement affirmés et mis en œuvre au sein de l'ANAES puis de la HAS. L'épisode des RMO, au départ validées *a posteriori* par l'agence, puis identifiées et formulées à partir d'une recommandation de bonne pratique, a placé les experts en porte-à-faux vis-à-vis des cliniciens. Définissant « l'esprit » des recommandations comme une aide à la pratique clinique quotidienne et apparaissant dans le même temps comme le « bras armé » de l'assurance maladie dans la mise en place de mesures de maîtrise des dépenses de santé, l'agence a sans cesse cherché à regagner la confiance des professionnels [35].

La prise de distance à l'égard d'outils explicites de régulation économique passe d'abord par l'organisation d'une forte présence de représentants des médecins cliniciens dans les groupes de travail élaborant les recommandations. Les chargés de projets de la HAS constituent les groupes de travail veillant à ce que toutes les « parties » soient représentées, qu'il s'agisse des différentes spécialités impliquées mais aussi des différents courants de pensée et de pratique au sein d'une même spécialité. Cependant, ce travail de composition du groupe, tout comme la nature des débats qui s'y tiennent demeurent opaques pour le lecteur des recommandations. Les conflits à la fois économiques et cognitifs entre segments professionnels (concurrence pour la définition légitime de la « bonne pratique » et/ou pour l'exercice de certains actes) s'ils sont connus de tous, sont occultés dans le format de production des recommandations et censés être neutralisés par la préoccupation commune de recherche de scientificité. En réalité ces enjeux rejouent de plusieurs manières : les représentants de certains segments refusent

de participer aux groupes de travail, d'autres peuvent valider les recommandations dans le groupe tout en déplorant en dehors (lors de colloques par exemple, auprès de leurs pairs ou d'usagers) leur caractère inapproprié ou inapplicable. La participation des cliniciens à la fabrication des recommandations, si elle témoigne des préoccupations de neutralité et d'une recherche de consensus de la part de la HAS, ne signifie pas pour autant qu'il existe un accord cognitif de l'ensemble de la profession sur la recommandation produite.

Cette règle de composition des groupes a par ailleurs des effets sur le contenu de la recommandation et peut conduire à un consensus *a minima* entre experts, cliniciens et professionnels de la normalisation et à une recommandation très peu prescriptive, préservant la diversité des pratiques existantes. Le fait que les données de la science ne permettent pas toujours de trancher mais surtout le souci (pour les professionnels de la normalisation) de faciliter l'acceptation des recommandations par les médecins vont dans le même sens. Le terme même de recommandation, défini comme une « *proposition développée selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données* » [47], a été préféré à celui de « référence » (pour éviter l'assimilation avec les RMO) et à celui de « norme » pour traduire le terme de « *statement* » utilisé dans les agences anglo-saxonnes comme l'*Institute of Medicine* américain. Les recommandations sont présentées avant tout comme des « guides » ou des « aides » pour l'action et la prise de décision du médecin, lui permettant une économie cognitive et une mise à jour rapide de ses connaissances. Même si certains documents affirment que les recommandations sont produites dans « *l'intention délibérée d'influencer la pratique médicale* » [44], leur formulation reste non prescriptive. Les textes des recommandations comportent des termes assez flous, qui laissent une marge d'interprétation au médecin, par exemple : « *adapter* », « *envisager de manière élective* », « *accompagner le patient et son entourage* », « *réévaluer périodiquement* » [32]. Enfin, les instances de normalisation reconnaissent qu'il est nécessaire de prendre en compte la singularité de la relation médecin-patient. La recommandation peut, par exemple, consacrer un chapitre à la « *surveillance particulière à adapter en fonction du patient* » [32].

La référence aux principes de l'EBM et à des règles internationales de production des recommandations, les contraintes de productivité et les préoccupations d'acceptabilité par les médecins contribuent donc à entretenir une dynamique de rationalisation « professionnelle » de la médecine. Loin d'être des standards imposés par les autorités publiques, les recommandations proviennent d'instances d'expertise hybrides,

dans lesquelles les cliniciens conservent une place importante aux côtés de professionnels de la normalisation et sont formulées de façon à préserver l'exercice autonome du jugement du clinicien. Ces conditions ne sont pour autant pas suffisantes pour garantir l'application des recommandations, qui s'inscrivent, dans la pratique, dans des enjeux locaux plus ou moins favorables à leur utilisation [48].

3. Les usages des recommandations

Nous avons vu qu'il était abusif d'expliquer le développement des recommandations uniquement par la présumée progression d'un « esprit gestionnaire » [49]. Néanmoins, une fois que les recommandations existent et qu'elles sont diffusées, quelles sont leurs conséquences pour l'activité médicale ? Les médecins deviennent-ils des techniciens se contentant d'appliquer des procédures définies par d'autres, comme le craignent certains sociologues [14], [16] ? Ou, formulé moins abruptement, dans quelle mesure les médecins s'en saisissent-ils et comment ?

3.1. Une rationalisation cognitive

Certes, les médecins considèrent généralement que les recommandations les aident dans leur prise de décision et participent d'une forme de rationalisation, entendue comme l'amélioration des moyens adaptés aux fins. En effet, ces recommandations leur permettent : de lister un certain nombre d'items auxquels ils doivent être attentifs avant de prendre une décision thérapeutique, de disposer d'une synthèse des connaissances existantes sur un sujet donné, dans un contexte où la publication des résultats des essais thérapeutiques multicentriques connaît une accélération et un renouvellement très rapide et de clarifier les rôles attendus des différents intervenants [50], [48].

Pour autant, les recommandations n'entraînent pas un appauvrissement du travail médical. L'introduction des recommandations introduit en effet de nouvelles tâches qui reviennent aux médecins. La principale raison du non-respect des recommandations avancée par la littérature médicale est le manque de travail local de déclinaison et d'appropriation [7], [37], [51]. La mise en forme des recommandations de manière à les rendre applicables, donc plus facilement utilisables (sous forme d'algorithmes par exemple) et adaptées aux moyens et à l'organisation locale du travail, fait désormais partie des tâches que des médecins sont amenés à réaliser [20], [21], [52]. Ensuite, l'expertise du médecin demeure incontournable dans toute prise de décision médicale. Il s'agit d'une part de vérifier qu'il n'existe pas d'élément – antécédents, situation sociale et attentes du patient, fragilité physique et psychologique, etc. – qui justifierait de s'écarter des recommandations et d'autre part d'adapter les recommandations dans des cas

cliniques qui ne rentrent pas parfaitement dans les situations prévues par les recommandations (ce que les médecins appellent les « zones grises »). Cela explique en partie que, à notre connaissance, les systèmes experts tentant d'automatiser les décisions médicales ont échoué¹⁰.

Dans la mesure où le cancer est l'une des pathologies les plus concernées par la formalisation des pratiques¹¹, il constitue un terrain privilégié pour observer si l'introduction de recommandations est susceptible d'entraîner une standardisation des pratiques. Au sein des comités de décision pluridisciplinaires qui proposent des décisions thérapeutiques¹², les médecins font très souvent référence aux recommandations comme élément de décision. Cependant, d'autres éléments sont également évoqués comme la perception plus subjective de l'état général du patient, la compréhension de ses attentes, sa situation sociale ou encore les essais thérapeutiques en cours ou dont les résultats tout juste publiés ne sont pas pris en compte par les recommandations. En outre, nous avons observé qu'un tiers des décisions donnait lieu à une discussion, lors de laquelle des avis divergents entre les participants s'expriment sur la stratégie thérapeutique à appliquer. Plus précisément, dans le cas des cancers où les données de la science sont nombreuses et relativement stabilisées (cas des cancers du sein localisés par exemple), le poids des recommandations est prégnant : la plupart des décisions sont très rapides (moins d'une minute) et tout médecin qui souhaite s'en écarter doit le justifier au groupe¹³. Pour autant, les recommandations n'appauvrissent pas l'activité décisionnelle ; elles sont un moyen de consacrer plus de temps à d'autres cas plus complexes ou à discuter de la possible inclusion du patient dans un essai thérapeutique. Dans le cas des formes rares ou de cancers avancés, pour lesquels les données de la science sont moins nombreuses, les traitements peu efficaces, et où l'incertitude sur la fiabilité des données de la science est forte, les recommandations sont considérées comme une aide supplémentaire au cadrage de la décision, au même titre que les essais thérapeutiques en cours ou récemment publiés.

¹⁰ Une autre raison tient sans doute aux réticences des médecins à appliquer des « recettes » [20].

¹¹ Le cancer est l'une des pathologies qui a connu le plus fort développement des essais thérapeutiques multicentriques depuis l'après-guerre, ces essais servant de fondement à l'élaboration des recommandations.

¹² Nous avons observé des prises de décision collégiale au sein d'instances appelées « réunions de concertation pluridisciplinaire » auxquelles prennent part généralement au moins un chirurgien, un radiothérapeute et un chimiothérapeute. Environ 400 décisions ont été étudiées, la moitié pour des formes de cancer rare – les sarcomes –, la moitié pour une forme de cancer beaucoup plus fréquente, les cancers du sein.

¹³ Ce qui reste encore possible – notamment en évoquant les attentes des patients ou un état général fragile par exemple.

En soi, l'absence d'un lien automatique entre diagnostic et prescription obère les capacités de contrôle des médecins par des tiers [22]. D'autres facteurs viennent limiter les usages possibles des recommandations par des acteurs extérieurs à la profession médicale.

3.2. Une intervention limitée des acteurs extérieurs dans la décision médicale

S'interrogeant sur les possibilités que les normes de qualité dans le secteur industriel et commercial offraient aux managers pour accroître leur contrôle sur leurs subordonnés, des travaux de sciences sociales nous ont appris que le lien entre l'élaboration de normes et le contrôle des pratiques n'avait rien d'univoque [53]. D'abord, il y a loin de la standardisation des procédures à la standardisation des pratiques, la première, dans sa philosophie même, consistant généralement en une obligation de moyens plutôt qu'en une obligation de résultats, ce qui a des conséquences évidentes sur les modalités de contrôle envisagées [53], [54]. Ensuite, l'existence de normes n'entraîne pas nécessairement un contrôle accru de l'activité des acteurs auxquelles elles sont censées s'appliquer, notamment parce que les tiers n'ont pas toujours les ressources cognitives et matérielles pour effectuer ce contrôle en routine. Ces analyses s'appliquent bien au secteur de la santé.

En France, de nombreux observateurs ont mis en avant à la fois la possibilité de mobiliser les recommandations à des fins de « régulation » et de contrôle des activités médicales et en même temps le flou et l'incertitude qui entourent encore ces usages possibles [55]. Prenant pour objet le PMSI (qui s'appuie sur la nomenclature des pathologies et des actes médicaux élaborée par les sociétés savantes) et les RMO, certains auteurs montrent ainsi le caractère potentiellement normatif et prescriptif de l'usage des recommandations. Les pouvoirs publics s'empareraient des outils de mesure créés par les médecins pour imposer des principes d'action et d'interprétation. Le constat de l'hétérogénéité des pratiques médicales peut ainsi conduire à énoncer que « ce qui inexplicable est injustifié » et sanctionner les écarts à une moyenne [56]. Cependant, les RMO pouvaient également être vues comme le produit d'un compromis préservant l'autonomie des médecins. Loin d'imposer des standards de pratique, les RMO n'énonçaient que ce qui n'est pas autorisé (sous la formulation « *il n'y a pas lieu de...* ») et préservaient des possibilités de ne pas respecter la norme. Les difficultés rencontrées par les institutions en charge de la production et de la diffusion des recommandations à y intégrer des analyses médico-économiques de l'efficacité d'une thérapeutique témoignent des résistances (cognitives et politiques) des représentants des médecins (même lorsqu'ils sont experts de l'EBM) à faire des recommandations des outils de contrôle des

pratiques médicales et à associer au jugement clinique des rationalités « extérieures » à la médecine (en particulier des préoccupations économiques ou gestionnaires).

Par ailleurs, le Service médical de l'Assurance Maladie ne dispose pas des ressources suffisantes pour contrôler en routine le respect des recommandations. Il n'existe pas de système d'information susceptible de recueillir et de traiter suffisamment de données pour s'assurer que des écarts par rapport aux recommandations sont injustifiés. Les médecins eux-mêmes n'ont pas la possibilité d'effectuer un tel contrôle. Keating et Cambrosio [57] ont ainsi décrit les limites des registres du cancer mis en place par les médecins pour évaluer la qualité des pratiques médicales. De nombreux éléments ne sont pas standardisés (par exemple, les diagnostics morphologiques et moléculaires [58]), ce qui rend impossible la comparaison de registre à registre et de praticien à praticien. Le contrôle implique un examen minutieux et *ad hoc* du dossier médical [59], ce qui exigerait un temps et des moyens humains dont ne dispose pas l'Assurance Maladie. En outre, même si elles en avaient les moyens, nous pouvons douter de la volonté des institutions sanitaires à contrôler les pratiques médicales, dans la mesure où de tels contrôles paraissent à ce jour peu légitimes. Même aux Etats-Unis, où les organisations du « managed-care » sont allées loin dans la tentative d'encadrement des pratiques médicales, une étude, qui porte sur le processus du « *peer-review* », montre que les médecins « contrôleurs » se conduisent avec la plus grande prudence avec leurs pairs qui se sont écartés des procédures prédéfinies et cherchent à les persuader de changer leurs décisions, mais ne leur imposent que très rarement de le faire [60]. Dans le cas du cancer en France, il avait été relevé que les instances régionales de régulation étaient réticentes à la perspective d'un tel contrôle, craignant une vive opposition des médecins et des établissements. Elles préfèrent inciter les médecins à s'impliquer dans la mise en œuvre d'un réseau, chargé de diffuser les bonnes pratiques, et se contentent de vérifier que des arbres de décision ont été définis. Il s'agit donc, pour le moment, d'une obligation de moyens.

En revanche, les audits de pratiques, soit une démarche ponctuelle et non coercitive, se développent. Menés par des médecins employés par des organismes de tutelle (en particulier, la CNAMTS) ou dans le cadre de recherches médicales, ils mesurent l'hétérogénéité des pratiques et leur degré de conformité avec les recommandations et tentent d'expliquer les variations de pratiques et les écarts par rapport aux recommandations [59]. Sans conséquences positives ou négatives sur les médecins audités, ils s'accompagnent parfois d'une réflexion sur l'amélioration de la formulation des recommandations et des

méthodes de diffusion pour accroître leur utilisation par les médecins. En somme, à ce jour, les audits renforcent davantage la réflexivité du processus d'élaboration des recommandations que nous avons décrite plus haut plutôt qu'ils ne constituent une contrainte pour les médecins censés les utiliser.

Conclusion

Notre propos visait à mettre à distance critique à la fois les discours professionnels sur la rationalisation des pratiques médicales et certaines analyses sociologiques promptes à reproduire les discours de la « perte d'autonomie » des médecins et de la profession médicale toute entière, tout en appelant à de nouvelles études permettant d'affiner les interprétations sur la nature et les effets de ces processus de rationalisation. À l'issue de ces analyses critiques de la façon dont les recommandations sont produites et de leurs conditions de mise en œuvre, il apparaît difficile de parler d'une « standardisation » des pratiques médicales. En pratique, comme l'indique Jean Gadrey [23], une telle standardisation signifierait la « reconnaissance rapide des cas-types (les autres sont exclus) et l'application corrélatrice des procédures de traitement ou programme standard « mécaniquement » associés à ces cas ». Les analyses mettent plutôt à jour un processus de rationalisation « professionnelle » dans lequel les médecins tiennent une grande part, ce qui leur permet – pour l'instant du moins – d'une part de conserver la maîtrise de ce qui peut faire l'objet d'une rationalisation et de ce qui ne le peut pas et doit y échapper et d'autre part de se mettre à l'abri de sanctions et de contraintes trop fortes en provenance des autorités publiques. Les recommandations peuvent même faire l'objet d'usages stratégiques par les médecins, vis-à-vis de leur pairs, des autorités ou des patients, ce qui ne signifie pas – bien au contraire - qu'elles n'aient pas d'effet sur le contenu pratiques quotidiennes de clinicien.

Bibliographie

- [1] Ogien A. Le système RMO, la maîtrise des dépenses de santé et les paradoxes du contrôle. *Revue française des affaires sociales* 2001;4:51-57.
- [2] Allemand H., Jourdan MF. Sécurité sociale et références médicales opposables. *Revue médicale de l'assurance maladie* 2000;3:47-53.
- [3] Castel P., Dalalarrondo S. Les dimensions politiques de la rationalisation des pratiques médicales. *Sciences Sociales et Santé* 2005;4: 5-40.
- [4] Erhardt L, Komajda M, Hobbs FD, Soler-Soler J. Cardiologists' awareness and perceptions of guidelines for chronic heart failure. The ADDRESS your Heart Survey. *Eur J Heart Fail* 2008;10:1020-5.
- [5] McKee SP, Leslie SJ, LeMaitre JP, et al. Physicians opinions on the implementation of the SIGN guideline for heart failure. *Scott Med J* 2004;49:10-3.
- [6] Dahm P, Poolman RW, Bhandari M, et al. Perceptions and competence in evidence-based medicine: a survey of the American Urological Association Membership. *J Urol* 2009;181:767-77.
- [7] Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999;282:1458-65.

- [8] Kitto S, Villanueva EV, Chesters J, Petrovic A, et al. Surgeons' attitudes towards and usage of evidenced-based medicine in surgical practice: a pilot study. *ANZ J Surg* 2007;77:231-6.
- [9] Urfalino P, Bonetti E, Bourgeois I, et al. *Les recommandations à l'aune de la pratique. Le cas de l'asthme et du dépistage du cancer du sein*. Paris: CSO. 2001.
- [10] Bachimont J, Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? Le cas du diabète de type 2. *Sciences sociales et santé* 2006;24:75-103.
- [11] Scott WR, Ruef M, Mendel PJ, Caronna CA. *Institutional change and health care organizations: from professional dominance to managed care*. Chicago: Chicago University Press.2000:460p.
- [12] Freidson E. The changing nature of professional control. *Annual Review of Sociology* 1984;10:1-20.
- [13] Freidson E. The reorganization of the medical profession. *Med Care Rev* 1985;42:11-35.
- [14] Ritzer G, Walczak D. Rationalization and the deprofessionalization of physicians. *Soc forces* 1988;67:1-22.
- [15] Wolinsky FD. The Professional Dominance, Deprofessionalization, Proletarianization, and Corporatization Perspectives: An Overview and Synthesis. In: WF Hafferty, JB McKinlay (eds). *The Changing Medical Profession. An International Perspective*. New York, Oxford: Oxford University Press.1993:11-24.
- [16] Hafferty FW, Light DW. Professional dynamics and the changing nature of medical work. *Journal of Health and Social Behavior* 1995;35:132-153.
- [17] Chandernagor P, Dumond JP. L'hôpital des années 1990 et ses médecins. In AP Contandriopoulos, Y Souteyrand (eds). *L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins*. Paris: John Libbey Eurotext. 1996:203-14.
- [18] Ogien A. Médecine, santé et gestion. In: G Cresson, FX Schweyer (eds). *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*. Rennes: Editions ENSP. 2000:133-148.
- [19] Berg M. *Rationalizing medical work. Decision support techniques and medical practices*. Cambridge: Mass., MIT Press. 1997:238p.
- [20] Timmermans S, Berg M. *The Gold Standard*. Philadelphia: Temple University Press. 2003:269p.
- [21] Zuiderent-Jerak T. Preventing Implementation: Exploring Interventions with Standardization in Healthcare. *Science as Culture* 2007;16:311-329.
- [22] Abbott A. *The system of professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press. 1988:435p.
- [23] Gadrey J. La modernisation des services professionnels. Rationalisation industrielle ou rationalisation professionnelle ? *Revue française de sociologie* 1994;35:163-94.
- [24] Marks H. *La médecine des preuves : histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*, Paris : Les empêcheurs de penser en rond,1999:352p.
- [25] Jamous H., Peloille B. Professions ou systèmes auto-perpétués? Changement dans le système hospitalo-universitaire. In : Jamous H (eds). *Rationalisation, mobilisation sociale et pouvoir*. Paris : Centre de Sociologie de l'Innovation, 1973 :5-55.
- [26] Licoppe C. *La formation de la pratique scientifique : le discours de l'expérience en France et en Angleterre, 1630-1820*. Paris: La découverte. 1996:346p.
- [27] Porter T. Making things quantitative, *Science in context* 1994;7:389-407.
- [28] Weisz G. From clinical counting to evidence-based medicine. In: Jorland G, Opinel A, Weisz G (eds). *Body counts. Medical quantification in historical and sociological perspective*. Montreal: Mc Gill-Queen's University Press. 2005:377-93.
- [29] Power M. *La société de l'audit. L'obsession du contrôle*. Paris: La découverte. 2005:304p.
- [30] Berg M. Turning a practice into a science: reconceptualizing postwar medical practice. *Soc Stud Sci* 1995;25:437-76.
- [31] Cambrosio A, Keating K, Schlich T, Weisz G, Regulatory objectivity and the generation and management of evidence in medicine. *Social science in medicine*, 63, 2006, 189-199
- [32] HAS. *Surveillance des malades atteints de cirrhose non compliquée (patients de classe A du score de Child-Pugh) et prévention primaire des complications*. Septembre 2007
- [33] Freidson E. *Professional Powers. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press. 1986:264p.
- [34] Benamouzig D, Besançon J. Administrer dans un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France. *Sociologie du travail*, 3, 2005, p.301-322

- [35] Robelet M. *Rationalisations et normalisation en médecine. Les figures de la qualité des soins*. Thèse de Doctorat de sociologie, LEST, Université Aix-Marseille II, 2002:509p.
- [36] Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, Veld C, et al. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *BMJ* 1998;317:858-61.
- [37] Smith TJ, Hillner BE. Ensuring Quality Cancer Care by the Use of Clinical Practice Guidelines and Critical Pathways. *JCO* 2001;19:2886-97.
- [38] Timmermans S, Kolker ES. Evidence-Based Medicine and the reconfiguration of medical knowledge. *Journal of Health and Social Behavior* 2004;45:177-93.
- [39] Castel P. What's behind a guideline? *Social Studies of Science* 2009;à paraître.
- [40] Bahtsevani C, Uden G, Willman A. Outcomes of evidence-based clinical practice guidelines: a systematic review. *Int J Technol Assess Health Care* 2004;20:427-33.
- [41] Herbert-Croteau N, Brisson J, Latreille J, Rivard M, et al. Compliance with consensus recommendations for systemic therapy is associated with improved survival of women with node-negative breast cancer. *JCO* 2004;22:3685-93.
- [42] Ray-Coquard I, Philip T, De Laroche G, Froger X, et al. A controlled « before-after » study : impact of a clinical guidelines programme and regional cancer network organization on medical practice. *Br J Cancer* 2002;86:313-21.
- [43] AGREE (Appraisal of Guidelines Research and evaluation). *Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique*. The AGREE collaboration, janvier 2002.
- [44] HAS. *Méthode et processus d'adaptation des recommandations pour la pratique clinique existantes*. Février 2007
- [45] Oxman AD, Glasziou P, Williams JW Jr. What should clinicians do when faced with conflicting recommendations? *BMJ* 2008;337:2530.
- [46]. Cour des Comptes. Les actions sur les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux, in *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale* 2005: 174-178.
- [47] ANAES. *Les recommandations pour la pratique clinique. Base méthodologique pour leur réalisation en France*. 1999
- [48] Castel P, Merle I. Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins. Le cas de la cancérologie. *Sociologie du Travail* 2002;44:337-55.
- [49] Ogien A. *L'esprit gestionnaire. Une analyse de l'air du temps*. Paris: Editions de l'EHESS. 1995:226p.
- [50] Berg M. Order(s) and Disorder(s): Of Protocols and Medical Practices. In Berg M, Mol AM (eds). *Differences in Medicine: Unraveling Practices, Techniques, and Bodies*. Durham, N.C.: Duke University Press. 1998:226-49.
- [51] Saillour-Glénisson F, Michel P. Facteurs individuels et collectifs associés à l'application des recommandations de pratique clinique par le corps médical. *Revue de la littérature. RESP* 2003;51:65-80.
- [52] Castel P. Les enjeux professionnels des réseaux. In : Castel P, Carrère MO (eds). *Soins en réseau. Pratiques, acteurs et régulation*. Paris: John Libbey Eurotext. 2007:3-27.
- [53] Segrestin D. L'entreprise à l'épreuve des normes de marché. *Revue française de sociologie* 1997;38:553-85.
- [54] Cochoy F. Profession, participation, patient: trois enjeux pour la qualité des soins. *Sciences sociales et santé* 2001;19:99-109.
- [55] Setbon M. La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ? *Sociologie du travail* 2000;42:51-68.
- [56] Kerleau M. L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des politiques de maîtrise des dépenses de santé. *Sciences sociales et santé* 1998;16:5-34.
- [57] Keating P, Cambrosio A. Differences That Make a Difference: Comparing Oncology Practices as a Form of Endogenous Critical Inquiry. *Conference 'Sites and Styles: Exploring the Comparative History of Cancer*, Manchester, 22-24 mars 2007b, 23p.
- [58] Keating P, Cambrosio A. Beyond "Bad News": the Diagnosis, Prognosis and Classification of Lymphomas and Lymphoma Patients in the Age of Biomedicine (1945-1995). *Med Hist* 2003;47:291-313.
- [59] Ray-Coquard I, Lurkin A. Impact d'un réseau sur les pratiques médicales. In: Castel P, Carrère MO (eds). *Soins en réseau. Pratiques, acteurs et régulation*. Paris: John Libbey Eurotext. 2007:29-43.
- [60] Boyd EA. Bureaucratic Authority in the « Company of Equals »: the Interactional Management of Medical Peer Review. *Am Soc Rev* 1998;63:200-24.