HAL
open science

“ L’industrialisation de la médecine libérale : une approche par l’économie des conventions ”

Nicolas da Silva

To cite this version:

Nicolas da Silva. “ L’industrialisation de la médecine libérale : une approche par l’économie des conventions ”. Management & Avenir Santé, 2018. hal-02306255

HAL Id: hal-02306255

https://hal.science/hal-02306255

Submitted on 5 Oct 2019

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.

Proposition pour l'appel à article « L'industrialisation de la santé » de la *Revue Management & Avenir Santé*.

« L'industrialisation de la médecine libérale : une approche par l'économie des conventions »

Nicolas Da Silva, Université Paris 13, Centre d'Economie de Paris Nord (UMR 7234)

Bureau K 302, UFR SEG, 99 Avenue Jean Baptiste Clément, 93430 Villetaneuse

Résumé

Cet article propose d'analyser l'industrialisation de la médecine libérale à partir du cadre théorique de l'économie des conventions. L'industrialisation du secteur se donne à voir à travers les réformes visant à réguler les pratiques médicales autour du respect de standards quantifiés de qualité des soins. Tout se passe comme si le soin était un produit homogène facilement réplicable d'un patient à un autre, indépendamment de leurs singularités. Plutôt que de considérer ce mouvement comme une « rationalisation », nous montrons qu'il s'agit d'une modification de la convention de qualité des soins médicaux – d'une convention inspirée/domestique à une convention industrielle. Egalement légitimes, la délibération ou le compromis entre ces deux conventions devraient faire l'objet d'un débat politique ce qui n'est pas le cas. Pis, dans le contexte actuel, il est fort probable que l'industrialisation des soins, qui est une réponse à des critiques légitimes de la convention inspirée/domestique, deviennent un accélérateur de la marchandisation des soins – celle-ci étant néfaste tant pour les malades que pour les professionnels.

Mots-clés

Médecine libérale, médecin, industrialisation, qualité des soins, marchandisation, économie des conventions.

Abstract

Keywords

Physician private practice, doctor, industrialization, quality of health care, commodification, French convention theory.

The aim of this article is to analyze the industrialization of physician private practice from the French convention theory framework. This industrialization can be illustrated by recent reforms seeking to regulate medical practice around the respect of quantified and standardized norms of quality of health care. Everything happens as if health care was a homogenous product easily reproducible from one patient to another – irrespective to their singularities. Rather than considering it to be a "rationalization", we show that it is a modification of the health care convention of quality – from inspired/domestic convention to industrial convention. Equally legitimate, deliberation or compromise between theses conventions should be the subject of a political debate which is not the case. Worst, in the actual context, it is likely that industrialization, which is a response to legitimates critics, become an accelerator of commodification – harmful for patients and for physicians.

Introduction

La régulation de la médecine libérale française depuis le début des années 1990 est marquée par le contrôle grandissant de la puissance publique sur les pratiques médicales (Da Silva et Gadreau, 2015, Domin, 2016). Alors qu'avec la création des assurances sociales l'objectif principal était le contrôle des prix pour étendre l'accès aux soins, désormais le contrôle des pratiques est l'axe privilégié de la politique publique – dans le but affiché d'améliorer la qualité des soins et de réduire les coûts monétaires des « mauvais » soins. Cela ne signifie pas qu'il n'y avait pas auparavant d'institutions régulant les pratiques mais simplement que celles-ci n'étaient pas sous l'autorité des pouvoirs publics (par exemple, l'Ordre des médecins). L'intervention publique brise l'autorégulation professionnelle. Nous sommes passés de la recherche d'un tarif opposable à celle de pratiques opposables[1].

De nouvelles institutions et de nouveaux outils de gestion ont été créés dès la fin des années 1980 afin donner corps à cette évolution. Par exemple, l'Agence nationale de développement de l'évaluation médicale lancée en 1989, ancêtre de la Haute autorité de santé (HAS, créée en 2004), pose une première pierre au mouvement d'évaluation, de prescription et de contrôle des pratiques médicales. A cette période les guides de bonnes pratiques et autres recommandations professionnelles commencent à s'accumuler si bien que sont créées en 1993 les Références Médicales Opposables : la convention médicale (régissant les rapports entre médecins et assurance maladie) prévoit un certain nombre de pratiques interdites et pouvant entrainer des sanctions. Plus récemment, l'introduction de mécanismes de rémunération en fonction du respect de standards chiffrés de qualité des soins pousse plus loin encore le rôle de prescripteur de soins de la puissance publique.

Ce mouvement de régulation des pratiques est régulièrement qualifié de « rationalisation » des pratiques. Il y aurait ainsi un passage d'une forme « artisanale » de la médecine à une médecine « rationnelle ». Cette vision repose sur de multiples critiques de l'organisation traditionnelle de la médecine libérale (Hassenteufel, 1997, Jaunait, 2005, Setbon, 2000). Par exemple, les différentes crises sanitaires, comme celle du sang contaminé, ont participé à la remise en cause l'autorité médicale (Benamouzig et Besançon, 2005). Le paternalisme médical a également été critiqué notamment avec l'expérience des nouvelles formes de maladies comme le sida pour lesquelles les patients sont les meilleurs experts de leur maladie

[1] Il ne s'agit pas ici de dire que la puissance publique a abandonné toute volonté de contrôler les prix. Cependant, depuis la convention de 1980 ouvrant la possibilité de pratiquer des dépassements d'honoraires, les multiples tentatives de régulation des prix n'ont pas eu d'effets significatifs et la liberté tarifaire gagne du terrain (Aballea et al. 2008, Pierru, 2007).

(Dodier, 2003). Plus largement, la croissance exponentielle de la connaissance médicale est devenue un bien qui pose problème lorsqu'il s'agit d'incorporer ces nouveaux savoirs dans les pratiques des médecins de première ligne. Ceux-ci ne sont pas nécessairement en capacité de traiter ces masses d'informations et n'ont que peu de temps pour la formation. Cela peut conduire au phénomène de variabilité des pratiques qui se caractérise par l'observation de conduites différentes face à des situations similaires. Dans le cas du traitement du diabète, la HAS justifie ses recommandations en mentionnant des études cliniques qui prouvent que le non-respect des protocoles de soins engendre une baisse de la qualité de vie des diabétiques (surmortalité et surmorbidité) et une hausse des coûts pour l'assurance maladie (HAS, 2013). La crise du monde médical a également été économique à partir des années 1970 : si la santé n'a pas de prix elle commençait à avoir un coût. Ces critiques, souvent légitimes, ont débouché sur les politiques de régulation des pratiques : il ne fallait plus laisser la médecine uniquement aux médecins.

Bien que le langage de la rationalisation paraisse attrayant, il est problématique. En effet, pour de multiples raisons, les institutions et outils de la « rationalisation » (normes de bonnes pratiques, systèmes d'information, agences indépendantes, rémunération sur indicateurs chiffrés de performance, quantification de la qualité des soins, etc.) n'ont pas fait la preuve de leur efficacité (Eikjenaar et al., 2013). Il n'y a pas de relation claire entre eux et les indicateurs de qualité des soins et/ou le niveau de dépense. Par ailleurs, un certain nombre travaux montre que la régulation des pratiques en fonction d'indicateurs chiffrés de qualité des soins produit des effets pervers souvent nuisibles à la qualité des soins. Belorgey (2010) a montré dans le cas des services d'urgence que l'incitation à réduire le temps d'attente s'est retournée contre les patients : les temps d'attente étaient effectivement plus courts mais les patients avaient significativement plus de chance de revenir aux urgences pour un problème non détecté la première fois.

En conséquence, nous proposons dans cet article de dépasser le langage de la « rationalisation » à partir du cadre conceptuel de l'économie des conventions. Cette étape est indispensable pour comprendre les différents échecs récents de la politique publique dans ces tentatives pour améliorer la qualité des soins et réduire les coûts (Favereau, 2011, Orvain et Angelé-Halgand, 2011). Le mouvement visant à réguler les pratiques médicales peut s'interpréter comme le passage d'une convention de qualité des soins inspirée/domestique à une convention de qualité des soins industrielle. Ces deux conventions reposent sur des conceptions du « bien soigner » différentes mais également légitimes. La convention

inspirée/domestique fonde une pratique tournée vers la singularité des cas impliquant l'individualisation de la relation patient-médecin. La convention industrielle valorise à l'inverse des pratiques standardisées, indépendamment du patient et du médecin, le respect des protocoles étant le garant de la qualité des soins. Ces deux conventions sont au cœur d'une tension entre deux polarités du « bien soigner » : soigner le malade ou soigner la maladie.

Dans ce cadre, il n'est pas possible de réduire les oppositions à l'une ou l'autre des conventions comme la défense d'intérêts matériels et symboliques. L'objectif de cet article est de caractériser les différentes conventions de qualité des soins et de proposer une interprétation des évolutions récentes (l'industrialisation de la qualité des soins) dans le cadre plus général de la réforme du système de santé.

La première section rappelle les principes fondamentaux du modèle de l'économie des conventions. Celui-ci repose sur la mise évidence de plusieurs conceptions possibles et irréductibles des modèles d'action dans le cadre des activités économiques. La pluralité des formes d'évaluation de la qualité des biens est alors au centre des problèmes de coordination. La section 2 définit la convention inspiré/domestique de qualité des soins au fondement de la pratique traditionnelle de la médecine. La section 3 se concentre sur la convention industrielle de qualité des soins, souvent présentée comme une « rationalisation » des pratiques par les réformateurs qui la promeuve. La section 4 synthétise les différences majeures entre ces deux conventions. Elle démontre alors que les difficultés rencontrées par les réformes récentes (oppositions, résultats médiocres, effets pervers, etc.) peuvent être expliqués par une conception alternative du « bien soigner » défendue par les médecins. Penser l'évolution du système de soin dans le langage des rentes de situation est utile mais néglige une dimension essentielle du problème, tant pour les professionnels que pour les patients. La section 5 interroge l'industrialisation de la qualité des soins au regard d'un autre mouvement fondamental de notre système de santé : la marchandisation. Il apparait en effet que l'homogénéisation des soins, via des standards de pratique médicale, permette de faciliter leur marchandisation.

1. Le paradigme de l'Économie des conventions et les conventions de qualité

La reconnaissance de la pluralité des formes de l'accord dans la définition de la qualité des produits est l'un des fondements majeurs de l'Économie des conventions (EC). Ainsi, les

travaux de François Eymard-Duvernay (1989, 1993, 2002) ont mis en avant le fait que la qualité des biens ne peut se réduire à des critères exclusivement marchands. Il s'agit, en particulier, de reconnaitre que « l'opposition traditionnelle entre l'efficacité économique du marché et le rôle protecteur des règles est rendue plus complexe par le développement des modes d'action où la frontière entre ces deux ordres de référence est brouillée » (Eymard-Duvernay, 1989, p. 329). Au contraire, il existe une pluralité des formes d'accord que les agents peuvent prendre en compte. En ce sens, l'histoire de la régulation de la médecine libérale révèle en creux la pluralité des modes d'évaluation du soin. Cette pluralité s'inscrit aussi bien au niveau de la règle qu'au niveau des représentations des acteurs.

En effet, l'EC définit la notion de convention à un double niveau (Favereau, 1986, 1999, Batifoulier, 2001). Au premier niveau, la convention est un type particulier de règles, entre la règle-contrainte et la règle-contrat, qui se caractérise par quatre critères : formulation vague, origine obscure, caractère arbitraire et absence de sanction juridique. Le code vestimentaire est l'exemple typique de règle conventionnelle. Lors d'un entretien d'embauche dans une banque, le costume et la cravate sont de rigueur. De formulation vague, ces règles ne présentent pas la dimension coercitive des règles-contrats ou des règles-contraintes. Leur origine est obscure et elles sont arbitraires au sens où une autre solution pourrait faire l'affaire : peu importe que la cravate soit remplacée par un nœud papillon ou un panama tant que la coordination est réalisée.

Mais à ce premier niveau, qui est loin d'être le plus important, s'ajoute un second niveau qui constitue véritablement l'originalité de l'EC : pour toute règle de comportement et pour toute discussion sur la qualité des produits, il existe une marge d'interprétation. Les individus jugent les règles pour les appliquer. Ce jugement fait appel à des principes normatifs qui ont les mêmes caractéristiques qu'une convention (arbitraire, formulation vague, histoire floue, etc.) : « on verra dans cette forme de conventions un trait constitutif de l'ensemble des règles et non plus seulement une catégorie de règles parmi d'autres. Le message devient : pas de règles, ou plus généralement pas d'institutions, sans convention sous-jacente » (Favereau, 1986, p. 167).

La convention est donc aussi et surtout un modèle d'évaluation d'un produit, d'une règle ou d'une action. En reprenant l'exemple précédent, si on peut avoir du mal en théorie (et en théorie économique particulièrement) à expliquer pourquoi on opte pour une cravate, un nœud papillon ou un panama, ce n'est pas un réel problème pour les individus s'ils sont capables

d'évaluer la situation et le contexte dans lequel ils se situent (un entretien d'embauche, une réunion de famille, un mariage, etc.).

Cette représentation de la situation est une représentation du « collectif » dans lequel l'individu s'insère, à condition d'accorder au mot « collectif » une acception large. Le « collectif » peut aussi bien désigner une interaction interindividuelle (comme l'interaction entre un recruteur ou un recruté ou celle entre le patient et le médecin) que l'ensemble de l'entité collective (l'entreprise ou le système de santé dans leur globalité).

Les représentations ne sont conventionnelles que si elles permettent la coordination. Elles doivent donc être partagées ou collectives. Aussi, la convention se définit par une représentation collective du collectif. Les règles n'étant jamais complètes et les produits n'étant jamais homogènes, la coordination entre les acteurs passe par l'accord sur des « modèles d'évaluation » (Biencourt et al. 2001). Le modèle des économies de la grandeur de Boltanski et Thévenot (1991) a fourni une première approche permettant de distinguer les différentes conceptions du « bien ». Les « cités » sont des conventions générales qui organisent la justification et la critique des actions individuelles au nom du bien commun – en rapport avec un nombre limité de philosophies politiques (Encadré 1.). Il n'y a pas, en ce sens, une cité plus « rationnelle » qu'une autre dans la mesure où elles renvoient toutes à une conception légitime et incommensurable du collectif. La décision n'est pas qu'une question de calcul mais un choix politique entre plusieurs communs possibles.

Sur la base de ce modèle des économies de la grandeur, il est possible de repérer différentes conceptions de la qualité. Eymard Duvernay (1989) oppose ainsi une conception industrielle de la qualité qui relève de standards chiffrés, où les procédures font l'objet d'une objectivation poussée, à une convention domestique de la qualité, fondée sur la marque et l'apprentissage *via* des liens de proximité. Cette opposition a donné lieu à de nombreux développement de travaux conventionnalistes particulièrement féconds qu'ils s'appliquent à un secteur d'activité particulier comme l'industrie laitière française (Boisard et Letablier, 1987) ou plus généralement au monde de l'entreprise (Thévenot, 1990, Eymard Duvernay, 2004).

Encadré 1. Les Économies de la grandeur : une pluralité de valeur

Le modèle des Économies de la grandeur, développé par Boltanski et Thévenot dans *De la justification* (1991), propose une théorie de la coordination des comportements comme des représentations. Il s'appuie alors sur les justifications observées lors des disputes ordinaires. En situation de conflit, les acteurs vont mobiliser des arguments pour défendre leur point de vue. À partir d'enquêtes de terrain et de la littérature de philosophie politique occidentale, Boltanski et Thévenot effectuent une taxinomie des différents registres du « bien » mobilisés par les agents. Ces registres de justification définissent ainsi différentes cités.

Boltanski et Thévenot identifient six registres de justification qui correspondent aux six « cités » : civique, industrielle, marchande, domestique, inspirée et du renom. Boltanski et Chiapello (1999) en ajoutent une septième, la cité par projet. Le tableau, ci-dessous, permet de qualifier chacune de ces cités en fonction des principes de justifications qui leur(s) sont associés et d'un appui théorique et empirique de référence.

Cités	Principes de justification	Référence
Marchande	Concurrence, intérêt particulier	Smith - guide pour réussir dans les affaires
Civique	Volonté générale, action collective	Rousseau - guide syndical
Industrielle	Efficacité, performance	Saint-Simon - guide de productivité
Domestique	Proximité, tradition	Bossuet - guide de savoir-vivre
Du renom	Prestige, reconnaissance de l'opinion	Hobbes - guide de relations publiques
Inspirée	Jaillissement de l'inspiration	Saint Augustin - guide de créativité

Il y a donc une pluralité de mondes possibles. Ceci ne suppose pas que chaque individu s'inscrive dans un monde particulier, ni que les individus agissent sciemment en suivant les préceptes de l'une de ces cités. Au contraire, les agents en fonction des interactions avec les autres, peuvent sans difficultés passer « d'une cité à l'autre ». De même, les justifications apportées à chacune de ces activités sont implicites ; les individus ne les expliciteront qu'en cas de conflit. La coordination suppose alors un accord sur un principe commun ou sur la réalisation d'un compris, qui peuvent émerger entre différents registres de justification.

Nous tenterons ici, en s'inspirant de ces travaux, de montrer que le champ de la santé n'échappe pas à cette conceptualisation. L'évolution de la régulation de la médecine libérale est exemplaire de la confrontation entre deux conventions de la qualité des soins : la convention de qualité des soins industrielle cherche ainsi à remplacer la convention de qualité des soins inspirée /domestique.

2. De la sociologie des professions à la convention de qualité des soins inspirée/domestique

Historiquement, la médecine s'est organisée autour de codes de déontologie, d'ordres professionnels, et autres valeurs hippocratiques qui codifient la pratique. La convention industrielle qui cherche aujourd'hui à s'imposer ne vient pas sur un terrain vierge de valeurs. Afin de définir la convention inspirée/domestique, la sociologie des professions offre des ressources précieuses.

Deux grandes traditions théoriques traversent l'histoire de la sociologie des professions (Dubar et Tripier, 1998). La sociologie fonctionnaliste des professions fait un usage limité de la notion de profession en tant que type particulier de métiers. Dans ce courant, la profession se distingue du métier sur au moins trois critères. D'une part, la profession suppose une compétence propre ou l'usage de savoirs d'un type particulier (impliquant par exemple une

formation de haut niveau ou des savoirs scientifiques). D'autre part, le professionnel doit détenir une compétence exclusive ou du moins un statut particulier. Enfin, le professionnel dispose d'une forte autonomie dans la conduite de son travail – cette autonomie étant justifiée par les deux conditions précédentes. L'activité archétype du modèle professionnel est la médecine.

Face à la sociologie fonctionnaliste est né le courant interactionniste pour lequel l'usage du concept de profession peut s'étendre à tous les métiers. L'interactionnisme analyse la profession au sens du fonctionnalisme comme une croyance qui confère des avantages illégitimes aux professionnels. Il n'y a pas de différence entre le médecin et le garagiste – si ce n'est le potentiel illimité de l'opportunisme médical (Batifoulier et Gadreau, 2007). Pour la sociologie interactionniste des professions, il n'est pas nécessaire de distinguer la profession du métier. Si pour les fonctionnalistes il y a une différence de nature entre professions et métiers, pour les interactionnistes, il s'agit avant tout d'une différence de représentations sociales.

Récemment Florent Champy (2009, 2011) a proposé un dépassement de cette opposition. L'une des justifications à cette tentative de synthèse est l'impossibilité qu'a la théorie interactionniste des professions d'expliquer la légitimité des professions (de santé ou autres) lorsqu'elles se défendent face aux attaques faites à leur statut. Plus clairement, le travail de cet auteur cherche à comprendre en quoi la défense des professions face à la normalisation est (au moins en partie) légitime. Pour ce faire, contre l'interactionnisme il affirme la spécificité des professions et, contre le fonctionnalisme il abandonne l'idée de définir toutes les professions. Au lieu de définir la profession par le statut, il s'agit de la définir par l'activité. En ce sens, ce sont les caractéristiques du travail qui font d'une activité un métier ou une profession. D'après Champy (2009), la spécificité des professions tient au type de problèmes qu'elles ont à résoudre qui renvoie à la singularité à la complexité des cas (Encadré 2.).

Encadré 2. Singularité et complexité : deux caractéristiques majeures de l'activité permettent de distinguer les métiers des professions

(i) Singularité des cas auxquels les professionnels sont confrontés. Il est intéressant de noter que cette singularité des cas tient pour l'essentiel de la singularité du « matériau humain » constituant le fondement de l'activité médicale. Ce postulat est concordant avec celui de l'économie des services : le soin est singulier parce que le service médical ne peut pas se penser en dehors du patient qui le demande.

(ii) Complexité des situations à partir desquelles travaillent les professionnels : cette complexité renvoie au fait que les problèmes posés au médecin ne peuvent pas être explicités *a priori*. Il est impossible d'établir une nomenclature exhaustive du travail médical. La complexité implique par exemple que, contrairement au métier, le professionnel doit, à un moment ou à un autre, décider d'arrêter de rechercher la solution à un problème. Dans le cas du métier, l'investigation aboutie toujours rapidement à une analyse complète du problème. Le

professionnel fait face à une situation ouverte qui ne peut pas avoir de solution a priori.

En raison de la singularité et de la complexité des cas, l'incertitude de la décision du professionnel est majeure. Ce sont ces caractéristiques de l'activité qui engendrent la création de modalités spécifiques de gestion de l'incertitude par le professionnel. Plutôt que des capacités de calcul, il est attendu du professionnel des capacités de jugement : « Ce travail ne consiste pas – ou pas principalement – à appliquer mécaniquement des savoirs scientifiques. Face à des problèmes singuliers et complexes, les professionnels prennent des décisions qui comportent une dimension de délibération et même de pari : le travail professionnel est conjecturel, parce qu'il porte sur une réalité qui échappe inévitablement à toute maîtrise systématique. On retrouve ici les idées de réflexivité ou d'inférence : c'est bien parce que la réponse ne coule pas de source qu'une délibération plus ou moins longue est nécessaire » (Champy, 2009, p.84-85).

Le savoir formalisé n'est donc pas suffisant pour le professionnel. Il lui faut également une capacité de délibération qui s'acquiert notamment par l'expérience et la pratique. Selon l'auteur, la médecine est un cas emblématique de cette tension entre savoir et délibération : si le savoir médical est évidemment d'un haut degré d'abstraction et de formalisation, il n'est pas suffisant pour la pratique – qui laisse une grande place à la délibération étant donné la singularité du cas.

Le professionnel fait ainsi face à une double incertitude. D'une part, une forte incertitude porte sur la singularité du cas étudié et, d'autre part, l'incertitude provient de la tension entre les différents principes pris en compte dans la délibération sur les fins de l'action. Ce choix entre plusieurs conceptions possibles du bien, entre plusieurs conventions, est le fondement de la dimension éthique des professions. La délibération sur les fins de l'action implique des dilemmes éthiques constitutifs du travail du professionnel.

Nous nous proposons de qualifier cette convention de la qualité du travail d'inspirée/domestique.

En effet, l'une des conditions essentielles pour que le professionnel puisse gérer l'incertitude convenablement est l'octroi d'une forte autonomie dans son travail. Cette autonomie ne porte ni sur les fins de l'activité (le médecin ne peut pas faire n'importe quoi) ni sur les moyens de l'activité (l'autonomie sur les moyens n'est pas propre aux professions savantes). L'autonomie des professionnels porte sur deux dimensions :

(i) La marge d'interprétation des cas étudiés. Puisque l'activité est marquée par la singularité des cas et la complexité, les médecins ont une marge d'interprétation importante.

(ii) La capacité à délibérer sur la hiérarchie des fins et sur le contenu précis de ces fins dans le cadre des fins générales de l'activité. Etant donné les impératifs généraux de l'activité médicale, les médecins peuvent, à l'intérieur de ce cadre, définir et hiérarchiser les fins de l'activité : ne pas nuire plutôt que soigner, soulager la douleur plutôt que ne rien faire, etc.

En ce sens, la pratique médicale prend les attributs propres à la cité inspirée. La délibération peut ainsi être vue comme un moyen pour trouver l'inspiration afin de répondre à la singularité et à la complexité des cas. L'écart entre l'universel et la pratique étant irréductible,

le professionnel doit faire preuve de prudence – entendue au sens de sagesse pratique – lors de ses délibérations sur ce qu'il convient de faire. Dans la cité inspirée, « les personnes sont créatives quand elles sont séparées des autres, retirées en quelque sorte en elles-mêmes, dans leur intériorité » (Boltanski et Chiapello, 1999, p. 192).

Le caractère inspiré de la convention de qualité de soin du professionnel de santé, ne permet pas de saisir pleinement la complexité de « l'art médical ». L'espace de délibération qui s'ouvre pour le médecin implique de ne pas déconnecter la maladie du malade. Son détachement est donc avant tout métaphysique, sa pratique, quant à elle, est bien attachée au patient, à l'individu dans toute sa singularité avec qui le soignant doit pouvoir rentrer dans une relation de confiance, de proximité. Cette pratique rentre alors en résonnance avec la « personnification des ressources » propre à la cité domestique. « La qualification domestique des êtres repose, en effet, sur des rapprochements des relations temporelles et en appellent à l'ancestral, ou par des correspondances topologiques se référant au proche, ou encore par des comparaisons hiérarchiques recourant à l'autorité » (Thévenot, 1990). On rejoint là encore les caractéristiques du professionnel de santé lorsqu'il fonde sa pratique sur sa connaissance traditionnelle de la médecine et celle du patient avec qui il est suffisamment proche pour rentrer dans la sphère de l'intime en devenant « le médecin de famille » (bien avant le médecin traitant). La familiarité de cette relation se trouve au fondement de la confiance sur laquelle le médecin peut baser son autorité.

Parce qu'elle revêt à la fois les attributs de la cité inspirée et de la cité domestique, nous nous proposons de qualifier cette convention de qualité des soins d'inspirée/domestique en suivant en cela la logique du « compromis » qui peut exister entre deux ordres de grandeur. Si ces deux types de justification peuvent paraître délaisser toute dimension de contrôle de la qualité, ce n'est pas le cas. En effet, l'autonomie conférée au médecin dans sa pratique n'est acceptable que dans la mesure où elle est contrebalancée par des institutions la rendant acceptable. L'existence d'un Ordre des médecins, de codes de déontologie, du serment d'Hippocrate, d'études longues, etc. sont le ciment de la confiance entre le médecin et le patient. L'éthique médicale est le contre don nécessaire à l'autonomie professionnelle dans la convention inspirée/domestique (Batifoulier, 1992). Dans cette perspective, seul un médecin étant apte à juger un autre médecin, le contrôle de la qualité est assuré par les institutions professionnelles – et ni par l'Etat ou le marché.

3. La convention de qualité des soins industrielle

La critique de la convention inspirée/domestique de qualité des soins est à l'origine de l'avènement de la convention industrielle. Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, la deuxième moitié du XXème siècle a vu s'éroder le pouvoir médical traditionnel. Les crises sanitaires remettent en question l'absence de contrôle extérieur au monde médical, la crise du paternalisme médical invite à prendre en compte le patient dans le processus de soin et la crise économique met à contribution le médecin dans la recherche d'économies budgétaires. On peut dans cet esprit citer au moins deux types de littérature qui s'attaquent à l'autonomie de la profession médicale. Chez les économistes, l'autonomie est perçue comme la source d'une rente informationnelle générant des rentes de situations et des défauts de qualité inacceptables (Rochaix, 1997). Pour les médecins de santé publique, la croissance exponentielle des études cliniques rend impossible le traitement de l'information par les médecins de première ligne (Sackett et al., 1996). Les informations trop nombreuses, trop complexes et non hiérarchisées seraient à l'origine de pratiques non optimales (de mauvaise qualité et couteuses). Face à la rationalité substantielle postulée par la théorie économique néoclassique, il s'agit au contraire d'insister sur la rationalité limitée des médecins, qui ne peuvent pas pour des raisons cognitives traiter la totalité de l'information et l'intégrer dans leur pratique (Quinet, 1994).

Le concept de variabilité des pratiques est au centre de la formalisation de ce problème (Kerleau, 1998). L'existence d'une trop forte différence de pratiques entre professionnels pour une patientèle similaire révèlerait des inefficacités de la part des médecins. Si les pratiques sont variables pour des cas proches, c'est qu'il y a de mauvaises pratiques à corriger. La convention industrielle nait de l'idée que face à la variabilité des pratiques l'usage de normes chiffrées standardisées permet d'homogénéiser le travail pour le bien des patients. Si la norme statistique n'est pas optimale pour les queues de distribution, elle l'est en moyenne. Cette convention relève à la fois d'une démarche de santé publique et d'une démarche liée à la théorie économique néoclassique pour laquelle il faut lutter contre les rentes abusives et donc le pouvoir médical[2].

L'ambition de standardiser les pratiques autour de normes chiffrées contrôlables fait face à la tradition d'autorégulation de la médecine libérale. Pour la convention inspirée/domestique, seul un professionnel peut évaluer un autre professionnel, l'intervention des pouvoirs publics

[2] Armée de son hypothèse de rationalité substantielle, la théorie néoclassique se caractérise à partir des années 1970 par une focalisation sur les problèmes d'information susceptibles de conduire à des rentes de situation. C'est particulièrement le cas de l'économie de la santé qui, du fait de la prédominance des conceptions néoclassiques, est essentiellement une économie de l'information (McMaster, 2007).

étant jugé comme une menace pour la qualité des soins. La légitimité de son intervention dans la pratique médicale est donc initialement extrêmement faible, pour ne pas dire nulle. Celui-ci va néanmoins utiliser un cheval de Troie particulièrement astucieux. En effet, comme nous l'avons souligné plus haut, le champ de la santé est travaillé par des critiques similaires. Les années 1970 voient se développer le paradigme de la médecine fondée sur les preuves (*evidence based medicine*), qui propose une reformulation de l'activité médicale. Plutôt que de concevoir le soin comme une activité singulière, il s'agit pour les tenants de la médecine fondée sur les preuves de baser la connaissance médicale sur l'usage abondant des méthodes statistiques (Sackett et al. 1996).

La convention industrielle se caractérise ainsi par la conception qu'elle a de la maladie : c'est une variation quantitative de l'état normal. L'organisation légitime de la médecine découle de ce point de départ. Puisqu'il est possible d'isoler la maladie du malade en la quantifiant, il faut soigner la maladie et non le malade. Le problème médical majeur n'est donc pas l'adaptation à la singularité du cas ou la résolution d'un problème complexe. Il réside dans la réduction de la variabilité des pratiques par le recours à des normes chiffrées. Dans un contexte où l'information est pléthorique et où la formation est déficiente, il faut que des agences « indépendantes » produisent des synthèses scientifiques incontestables. En France, c'est le rôle de la Haute Autorité de Santé. La médecine fondée sur les preuves fournit les données médicales qui prétendent être neutres et objectives et qui servent de fondement à la rédaction de normes de bonnes pratiques. Le médecin doit alors utiliser ces standards pour soigner le « patient moyen ». Une fois le diagnostic réalisé, sa tâche principale est d'attribuer le cas spécifique à l'une des catégories générales de sa nomenclature – et de fournir le traitement associé.

Or, « la soumission à des standards de qualité, constitue un élément de base de la logique industrielle » (Eymard Duvernay, 1986, p. 346). Cette convention est industrielle parce qu'elle conçoit le service de soin comme un produit et parce que son objectif prioritaire est de gagner en productivité et en efficacité. La « rationalisation » dont il est souvent question renvoie à la réduction de la complexité par standardisation. Il s'agit là d'une étape nécessaire pour contrôler le travail médical et faire des économies d'échelle. Cette convention renvoie également à un usage intensif des statistiques. L'indicateur chiffré à une place primordiale dans la nouvelle convention de qualité des soins : la norme chiffrée est le socle privilégié du contrôle de qualité et de l'incitation à la qualité.

De nombreux outils ont vu le jour pour donner appui à la convention industrielle. Si dans le modèle de l'économie des conventions les origines des conventions sont obscures cela ne veut pas dire qu'on ne les connait pas. Dans le cas de la médecine libérale, la puissance publique a créé de toute pièce des institutions nouvelles pour contester la convention inspirée/domestique. On peut distinguer plusieurs niveaux de construction de la convention industrielle et des standards de qualité afférents :

- Création des normes : la création des normes standardisées se fait dans le champ médical lui-même avec l'appui du courant de la médecine fondée sur les preuves. Ces normes d'elles-mêmes n'ont que peu de pouvoir c'est pourquoi la puissance publique entreprend un lourd travail visant à les faire entrer dans les pratiques médicales.
- Certification et diffusion des normes : la création des agences indépendantes est une étape essentielle puisque celles-ci sont considérées comme a-politiques et uniquement techniques (Benamouzig et Besançon, 2005). Cela permet d'en certifier la qualité (en fonction des résultats de la recherche médicale) et de les diffuser auprès des professionnels. Ainsi, la Haute autorité de santé a succédé en 2004 à l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé elle-même ayant pris la place en 1997 de l'Agence nationale de développement de l'évaluation médicale (créée en 1989).
- Contrôle des pratiques : le contrôle des pratiques réelles, pour déterminer l'écart à la norme, nécessite l'ouverture de la boite noire de la relation patient/médecin. Le développement des systèmes d'information au cours des années 1990 comble ce déficit, avec par exemple le Système national d'information inter-régime de l'Assurance maladie et la création de la carte Vitale.
- Modification des pratiques : la connaissance des normes et des écarts à la norme ne suffit pas à modifier les pratiques. Pour cela une première étape entamée à la fin des années 2000 consiste à inciter financièrement les médecins à adopter les pratiques standardisée. Cela a été le cas avec la Contrat d'amélioration des pratiques individuelles de 2009 et, depuis 2011, avec la Rémunération sur objectifs de santé publique. Les médecins peuvent prétendre à une prime fonction croissante de l'atteinte d'objectifs chiffrés de qualité des soins, d'efficience des prescriptions et d'organisation du cabinet.
- Sanction des pratiques déviantes : parallèlement au modèle incitatif, mais de façon moins tranchée, il est possible d'observer le développement d'une menace de sanction en raison du nom respect des normes. En effet, le droit mou (*soft law*) constitué par les

publications liées à la standardisation des soins devient de plus en plus opposable dans le cadre de procès faits par les patients (Mascret, 2008).

Indépendamment de sa prétention à constituer une rationalisation de l'activité médicale, comme la convention inspirée/domestique, la convention industrielle souffre de critiques importantes. On peut en citer brièvement deux (Da Silva, 2017). Premièrement, dans le champ médical lui-même l'épistémologie positiviste de la maladie qui sous-tend la médecine fondée sur les preuves est contestée. S'inspirant des travaux pionniers de Georges Canguilhem (1966), le débat porte sur la possibilité ou non de séparer le malade de sa maladie, ce qui ferait de la maladie soit un bien homogène indépendant du malade (donc standardisable), soit un jugement de valeur dépendant du malade (donc non standardisable). De façon plus nuancée, les recherches actuelles tendent à reconnaitre la valeur épistémique de l'étude de cas (face à la force statistique du travail sur base de données) et à intégrer l'importance de la dimension symbolique pour juger de l'efficacité d'un soin (Masquelet, 2010).

Deuxièmement, la convention industrielle fait fausse route lorsqu'elle pense produire des normes de soin totalement objectivées. La méthode de l'essai clinique randomisé, *gold standard* de la médecine fondée sur les preuves, n'est pas exempte de biais découlant de la dimension sociale et historique des recherches menées (Labrousse, 2010). Les résultats sont dépendants de multiples facteurs qui remettent en cause leur prétention à la neutralité. Ainsi pour des raisons budgétaires, les essais cliniques randomisés ont une durée limitée dans le temps et s'intéressent souvent à des objectifs intermédiaires plutôt qu'à des objectifs finaux. En conséquence, dans le cas de la recherche sur les médicaments, il apparait de plus en plus souvent des effets indésirables à certains traitements après leur mise sur le marché et l'amélioration avérée d'indicateurs intermédiaires n'entraine pas nécessairement la réduction de la mortalité ou de la morbidité. Plus largement, la recherche étant contrôlée par des industriels soucieux de leur rentabilité, il n'y a aucune raison pour que les recherches menées soient les plus pertinentes pour l'amélioration de la santé de la population.

4. Convention de qualité des soins inspirée/domestique *versus* industrielle

La convention industrielle que le régulateur cherche à imposer depuis les années 1990 n'est pas dénuée de fondement si l'on se rappelle des critiques de la convention inspirée/domestique. Mais, contre l'idée d'une rationalisation, il apparait en l'état actuel des connaissances que la convention inspirée/domestique conserve une forte légitimité du fait de

sa conception du soin comme singularité. Ces deux conventions dessinent deux organisations du système de soins idéales-typiques avec leurs propres institutions. Le tableau 1 en propose une synthèse.

Tableau 1 : Convention de qualité des soins inspirée/domestique et industrielle

	Convention inspirée/domestique	**Convention industrielle**
Définition de la maladie	Rupture qualitative avec le normal	Variation quantitative avec le normal
Objet de l'activité	Couple patient-malade	Maladie
Problème médical résoudre	Singularité et complexité	Hétérogénéité des pratiques
Objet du soin	Malade singulier	Malade moyen
Particularité du savoir médical	Fondé sur l'expérience	Fondé sur les standards
Tâche du médecin	Adaptation au cas	Attribution du cas
Définition de la qualité	Professionnel	Médecine fondée sur les preuves
Éthique médicale	Primordiale	Secondaire
Institution de la confiance	Éthique médicale	Agence de certification

Pour les deux conventions, le point de départ est constitué par la position vis-à-vis de la « bonne » définition de la maladie. S'il n'y a pas de consensus dans les faits, l'orientation vers l'une ou l'autre des définitions détermine l'organisation du système de santé.

Dans le cadre de la convention inspirée/domestique, la maladie est une rupture qualitative par rapport à l'état normal. Cette rupture est identifiée par le malade lui-même qui la perçoit. En ce sens le malade est premier et l'objet de l'activité de soin est le couple patient-malade. Le problème médical à résoudre dans l'optique du régulateur est la capacité du système de soin à s'adapter à la singularité et à la complexité de chaque cas pour soigner le malade singulier. Le savoir médical doit alors être fondé sur l'expérience du professionnel qui apprend à s'adapter à chaque cas et agit de façon autonome. La qualité des soins est définie par le médecin lui-même : il est le garant de la qualité des soins qu'il dispense. Le potentiel d'opportunisme dans une telle situation est contrebalancé par l'importance primordiale de l'éthique médicale. La confiance du patient en son médecin et au système de santé dans son ensemble repose sur l'éthique médicale, y compris les investissements symboliques afférents (Ordre, serment d'Hippocrate, code de déontologie, etc.).

A l'inverse dans le cas de la convention industrielle, la maladie est une rupture quantitative, donc mesurable, par rapport à l'état normal. Dès lors, indépendamment du malade, le médecin

est en capacité de dire s'il y a ou non maladie – il suffit d'observer un écart à la norme mesurable. Le problème médical à résoudre est de réduire l'hétérogénéité des pratiques par rapport à un standard prédéfinit. L'autonomie du professionnel est l'ennemi. Le bon professionnel est désormais celui qui connait et applique les standards définit dans d'autres lieux. Le médecin doit être en mesure d'identifier les cas et de les attribuer à des nomenclatures préétablies d'actes et de prescriptions. La production de la qualité n'est plus dans le cabinet médical mais dans les résultats de la médecine fondée sur les preuves. L'éthique médicale n'est donc plus aussi décisive que dans la convention inspirée/domestique car la confiance repose dans le travail des agences de certifications. La convention industrielle opère ainsi une division du travail avec d'un côté un corps médical et administratif chargé de définir les pratiques de qualité et d'un autre les médecins de première ligne chargés d'appliquer scrupuleusement les normes venues d'en haut.

5. L'industrialisation, accélérateur de la marchandisation des soins de ville ?

La confrontation entre les deux conventions de qualité des soins ici exposée pose une question légitime quant à l'organisation du système de santé : comment produire des soins de qualité en s'assurant simultanément de la prise en compte de la singularité du patient et l'uniformisation des pratiques consubstantielle à une perspective de santé publique ?

L'imposition par la politique publique d'une industrialisation de la médecine libérale pose alors un double problème. D'une part, avec la création d'institutions puissantes visant à modifier les comportements (Agences de santé, normes de bonnes pratiques, systèmes d'information, incitations financières, etc.), elle durcit une opposition entre deux conceptions de la maladie et de l'activité de soin qui est bien plus nuancée dans les travaux récents du champ médical. En effet, non seulement il n'y a pas de consensus sur la possibilité de quantifier la qualité des soins mais en plus même les plus ardents défenseurs de cette position considèrent que les méthodes statistiques ne suffisent pas évaluer la qualité d'une pratique. Par exemple, sans nier l'intérêt de la médecine fondée sur les preuves, le courant de *Patient centered medicine* se développe en cherchant explicitement à prendre en compte la singularité des patients (notamment dans la prise en charge des émotions ; Bensing, 2000).

D'autre part, il est nécessaire de prendre en compte dans l'analyse le fait que l'industrialisation de la médecine libérale s'inscrit dans un contexte général de marchandisation du monde, dont le secteur des soins est un exemple (Chauvière, 2016). La

marchandisation du système de santé français a déjà fait l'objet de nombreux travaux (voir Batifoulier, 2014 pour une synthèse). En ce qui concerne la médecine libérale, la littérature conventionnaliste en santé souligne la « coloration marchande » progressive de l'éthique médicale (Batifoulier et Gadreau, 2007). La banalisation des actes chers (avec la hausse des dépassements d'honoraires) et l'érosion de la « part gratuite » des soins, avec la réduction du temps de consultation de 20 à 15 minutes depuis les années 1980, (Batifoulier et Ventelou, 2003) illustrent ce phénomène.

Plus largement, la marchandisation du système de santé s'opère *via* la montée en puissance des assurances complémentaires. Le désengagement de la sécurité sociale organisé par le régulateur ouvre un marché pour les assureurs complémentaires qui deviennent des acteurs majeurs dans de nombreux domaines. En effet, si la part des dépenses de santé remboursée par la sécurité sociale reste relativement élevée en moyenne (76.6%) et que dans certains secteurs elle est très élevée (91.1% à l'hôpital), elle assez faible dans d'autres secteurs : 69.1% des médicaments vendus en ville, 43.3% des biens médicaux comme l'optique ou les prothèses auditives, 32.5% des frais de dentiste. Pour les soins ambulatoires dans leur ensemble, les dépenses ne sont couvertes qu'à 64.1% (de 102 063 milliards d'euros), le reste étant soit à la charge des complémentaires soit des ménages (année 2014, Dress, 2015).

Dans cette optique, il est possible de penser que, l'industrialisation constitue un potentiel accélérateur de la marchandisation des soins en médecine libérale (Da Silva et Domin, 2016). De fait, la marchandisation préexiste à l'industrialisation via le désengagement de l'assurance maladie mais l'industrialisation accélère le potentiel de marchandisation par le processus d'homogénéisation et de mise en comparaison des prestations de soin.

Pour des raisons théoriques la marchandisation suppose l'homogénéisation du bien (au fondement de la convention industrielle). Il n'est pas possible d'instituer une logique concurrentielle tant que les médecins sont réputés produire des actes singuliers. Pour rendre la concurrence possible il faut pouvoir comparer les prestations, ce qui est rendu possible par la généralisation des standards de qualité. Si l'on peine à imagine une concurrence par les prix en médecine libérale, la concurrence par comparaison déjà à l'œuvre à l'hôpital (avec la tarification à l'activité) paraît bien plus plausible. Pratiquement, aucun obstacle n'existe à la hiérarchisation des médecins libéraux en fonction de leur score de performance obtenus avec la Rémunération sur objectif de santé publique. De la même façon que l'on connait aujourd'hui le développement croissant de palmarès d'hôpitaux (Pierru, 2004), la classification des médecins en fonction de leurs indicateurs de qualité est tout à fait possible.

L'obstacle le plus sérieux à la diffusion de ces informations est l'historique de conflictualité de la médecine libérale avec la sécurité sociale. Mais ce serait oublier que la marchandisation passe aussi par les complémentaires. La sécurité sociale se désengage (elle finance 66.9 % des dépenses de médecine libérale), l'accord national interprofessionnel de 2013 institutionnalise les complémentaires d'entreprise et la réforme du tiers-payant implique un rôle majeur pour les complémentaires dans les négociations avec les médecins. Les complémentaires ne resterons pas longtemps des financeurs aveugles et la qualité des soins peut devenir rapidement un argument dans la négociation avec les médecins. Si l'on se fie à ce qui se passe dans d'autres pays avec les réseaux de soins, les complémentaires sont en capacité de mettre en concurrence les médecins en fonction de critères standardisés de qualité.

Aux États-Unis par exemple, dans certains *Health maintenance organization* les médecins sont intéressés aux résultats financiers de leur réseau. Leur rémunération dépendant de la différence entre la contribution forfaitaire payée par le patient et les dépenses de fonctionnement du cabinet, ils sont désincités à s'écarter des directives de leur financeur. Les médecins étant ainsi subordonnés à l'assureur, la liberté thérapeutique cède du terrain face aux exigences de rentabilité des assureurs. Autrement dit, sous la pression exercée par l'assureur les médecins ont intérêt à minimiser les prestations par patient (Chambaretaud et Lequet-Slama, 2002).

Dans cette perspective, l'industrialisation des soins fait figure d'accélérateur de la marchandisation et de ses corollaires en termes de segmentation du marché, de réorganisation du travail et d'inégalités (tant pour les patients que pour les médecins).

Conclusion

Bien que le discours réformateur laisse entendre que la régulation des pratiques médicales constitue une « rationalisation » de la profession, il apparait qu'il s'agit d'une évolution de la convention de qualité des soins : d'une convention inspirée/domestique à une convention industrielle. Le mouvement d'industrialisation que le secteur connait depuis les années 1990 repose sur des critiques légitimes. Cependant, en ne prenant pas au sérieux les atouts de la convention inspirée/domestique la politique actuelle pose de nouveaux problèmes liés à la difficulté (l'impossibilité ?) de quantifier la qualité des soins, c'est-à-dire de standardiser complètement le travail de soignant.

Pis, à une époque où se développe la marchandisation du secteur de la santé, la critique de la convention inspirée/domestique semble être récupérée au profit des complémentaires santé ce qui laisse craindre un renforcement de cette marchandisation. Or, il apparait assez clairement au vu des études sur le sujet que la marchandisation des soins se fait au détriment de l'égalité d'accès aux soins (Batifoulier, 2014). En outre, l'exercice de la concurrence et la tentative d'extraire un profit de l'activité médicale nuit à la qualité des soins. Ainsi, si l'industrialisation de la médecine libérale a des fondements légitimes, non seulement elle risque d'être dangereuse dans la conjoncture actuelle mais en plus la question posée pas ne trouve pas de réponse : comment utiliser des données de santé publiques sur le patient moyen pour soigner en conscience le patient singulier ? L'intérêt du corpus de l'économie des conventions est de mettre l'accent sur le politique comme modalité de délibération entre plusieurs conceptions légitimes du bien. Dans le cas de la médecine libérale et plus largement du système de santé, l'imposition de l'industrialisation et de la marchandisation des soins par les gouvernements successifs souligne l'aridité du désert démocratique français. Dans un contexte où les preuves médicales ne sont pas suffisantes pour trancher les débats sur l'organisation des soins, comment explique-t-on l'absence du patient dans la construction de la politique de santé en médecine de ville?

Les hypothèses de travail développées dans cet article appellent des prolongements dans au moins trois directions. D'abord, la question de l'articulation entre convention industrielle et inspirée/domestique doit être reposée à partir la contradiction entre démarche de santé publique et démarche individuelle de santé. Comment définir des modes d'organisation souples autorisant un compromis entre l'intérêt du patient moyen et celui en queue de distribution ? Ensuite, il serait important de confronter notre questionnement aux travaux sociologiques sur l'usage des standards de soins par les médecins (Bloy et Rigal, 2012). Dans quelle mesure le travail prescrit correspond-il au travail réel ? Enfin, les liens entre marchandisation et industrialisation des soins restent à étudier. On pourra par exemple se demander quelles sont les conséquences de l'industrialisation sur les stratégies marchandes des complémentaires, notamment en termes d'inégalités ?

Bibliographie

Aballea P., Bartoli F., Eslous L. et Yeni I. (2007), Les dépassements d'honoraires médicaux, Rapport n° RM 2007-054P, Inspection Générale des Affaires Sociales.

Batifoulier P., (1992), “Le rôle des conventions dans le système de santé”, Sciences sociales et santé, 10 (1), pp. 5-44.

Batifoulier P. (Ed) (2001), Théorie des conventions, Economica, Paris.

Batifoulier P. (2014), Capital santé. Quand le patient devient client, La Découverte, Paris.

Batifoulier P. et Gadreau M. (2007), « Régulation et coordination du système de santé. Des institutions invisibles à la politique économique », dans Eymard-Duvernay F. (Ed), L'économie des conventions, méthodes et résultats, Tome II, La Découverte, Paris, pp. 453-468.

Batifoulier P. et Ventelou B. (2003), « L’érosion de la part gratuite en médecine libérale. Discours économique et prophéties autoréalisatrices », Revue du MAUSS, Volume 1, Numéro 21, pp. 313-329.

Belorgey, N. (2010), L'hôpital sous pression: Enquête sur le nouveau management public, La Découverte, Paris.

Benamouzig D. et Besançon J. (2005), « Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France », Sociologie du Travail, Volume 47, Numéro 3, pp. 301-322.

Bensing J. (2000), « Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine », Patient education and counseling, Volume 39, Numéro 1, pp. 17-25.

Biencourt O., Chaserant C. et Rebérioux A. (2001), « L’économie des conventions : l’affirmation d’un programme de recherche », dans Batifoulier P. (Ed), Théorie des conventions, Economica, Paris, pp. 193-218.

Bloy, G. et Rigal L. (2012), « Avec tact et mesure? Les médecins généralistes français aux prises avec les évaluations chiffrées de leur pratique » Sociologie du travail, vol 54, numéro 4, pp. 433-456.

Boisard P. et Letablier M. (1987), « Le camembert: normand ou normé. Deux modèles de production dans l’industrie fromagère », dans Entreprises et produits, Cahier du CEE, Paris, pp. 1-30.

Boltanski L. et Chiapello E. (1999), Le nouvel esprit du capitalisme, Gallimard, Paris.

Boltanski L. et Thévenot L. (1991), De la justification. Les économies de la grandeur, Gallimard, Paris.

Canguilhem G. (1966), Le normal et le pathologique, PUF, Paris.

Chambaretaud, S. et Lequet-Slama, D. (2002), « Managed care et concurrence aux États-Unis, évaluation d'un mode de régulation », Revue française des affaires sociales, vol 56, n°1, 15-37.

Champy F. (2009), La sociologie des professions, PUF, Paris.

Champy F. (2011), Nouvelle théorie sociologique des professions, PUF, Paris.

Chauvière, M. (2016), Trop de gestion tue le social: essai sur une discrète chalandisation, La découverte, Paris.

Da Silva N. (2017), « Quantifier la qualité des soins : une critique de la « rationalisation » de la médecine libérale française », Revue Française de Socio-Economie, Numéro 19, Volume 2, pp. 111-130

Da Silva N. et Domin J-P. (2016), « Assurance et métrologie : le grand tournant de la médecine capitaliste », In: Politiques sociales en mutation : quelles opportunités et quels risques pour l'État social ?, ed. Fretel A., A. Bory, S. Célérier, et F. Jany-Catrice, XXXVIèmes jounrée de l'Association d'Économie Sociale, Presses universitaires de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgique, 2016, p. 181-196.

Da Silva N. et Gadreau M. (2015), « La médecine libérale en France. Une régulation située entre contingence et déterminisme », Revue de la régulation [En ligne], Numéro 17.

Dodier, N. (2015), Leçons politiques de l'épidémie de sida, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

Domin, J. P. (2016). Paiement à l'acte et régulation du système de soins: une analyse de longue période (1803-2013). Revue française de socio-Economie, (1), 215-234.

Dress (2015), Les dépenses de santé en 2014, édition 2015, en ligne.

Dubar C. et Tripier P. (1998), Sociologie des professions, Armand Colin, Paris.

Eijkennar F., Emmert M., Scheppach M. et Schöffski O. (2013), « Effects of pay for performance in health care : A systematic review of systematic reviews », Health Policy, Volume 110, Numéro 2/3, pp. 115-130.

Eymard-Duvernay F. (1993), « La négociation de la qualité », Économie Rurale, Volume 217, Numéro 1, pp. 12-17.

Eymard-Duvernay F. (2002), « Les qualifications des biens », Sociologie du Travail, Volume 44, Numéro 2, pp. 267-272.

Eymard-Duvernay F. (2004), Économie politique de l'entrerpsie, Repères, Paris.

Favereau O. (1986), « La formalisation du rôle des conventions dans l'allocation des ressources », dans Salais R. et Thévenot L. (Eds), Le travail. Marchés, règles, conventions, Economica, Paris, pp. 249-268.

Favereau O. (1989), « Marchés internes, marchés externes», Revue économique, Volume 40, Numéro 2, pp. 273-328.

Favereau O. (2011), « Marché et santé », Politiques et management public, Volume 28, Numéro 1, pp. 9-12.

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

Jaunait, A. (2005). Comment pense l'institution médicale? Une analyse des codes français de déontologie médicale, Paris : Dalloz.

Kerleau M. (1998), « L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des politiques de maîtrise des dépenses de santé », Sciences Sociales et Santé, Volume 16, Numéro 4, pp. 5-32.

Labrousse A., (2010). « Nouvelle économie du développement et essais cliniques randomisés : une mise en perspective d'un outil de preuve et de gouvernement », Revue de la Régulation, en ligne.

Masquelet A. (2010), « Evidence based medecine (EBM) : quelle preuve a-t-on que la médecine basée sur la preuve apporte un réel bénéfice ? », Académie nationale de chirurgie, vol. 9, n° 3, p. 27-31.

Mascret C. (2008), « Les données de la science face à leur normalisation par les autorités sanitaires », Médecine & Droit, Volume 93, pp. 161-171.

McMaster, R. (2007), « On the need for a heterodox health economics », Post-autistic economics review, Volume 41, pp. 9-22.

Orvain J., Angelé-Halgand N. (2011), « Les manufactures de santé : l'art du compromis entre domesticité et industrie », Sciences sociales et santé, Numéro 1, Volume 29, p. 5-27.

Frédéric, P. (2004), « La fabrique des palmarès. Genèse d'un secteur d'action publique et renouvellement d'un genre journalistique. Le cas du palmarès des hôpitaux », dans La presse écrite. Objets délaissés.

Pierru F. (2007), Hippocrate malade de ses réformes, Edition du croquant, savoir/agir, Paris.

Quinet, C. (1994), « Herbert Simon et la rationalité », Revue française d'économie, Volume 9, Numéro 1, pp. 133-181.

Rochaix L. (1997), « Asymétrie d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats », Économie et Prévision, n°129, Numéro 3/4, pp. 11-24.

Sackett D., Rosenberg W., Gray M., Haynes B. et Richardson S. (1996), « Evidence based medicine : what it is and what it isn't », BMJ, Volume 312, pp. 71-72.

Setbon M. (2000), « La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective? ». Sociologie du travail, Volume 42, Numéro 1, pp. 51-68.

Thévenot L. (1990), « L'action qui convient », dans Pharo P. et Quéré L. (Eds), Les formes de l'action, Edition de l'EHESS, Paris, Raison Pratique 1, pp. 39-69.