



**HAL**  
open science

# L'Evidence-Based Practice, l'administration, le professionnel et l'individualisation du soin

Jeremy Rollin

► **To cite this version:**

Jeremy Rollin. L'Evidence-Based Practice, l'administration, le professionnel et l'individualisation du soin. Kinésithérapie Scientifique, 2019. hal-03205427

**HAL Id: hal-03205427**

**<https://hal.science/hal-03205427>**

Submitted on 23 Apr 2021

**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.

## **L'EBP, l'administration, le professionnel et l'individualisation du soin.**

Jérémy Rollin

Résumé : *L'Evidenced Based Practice a une utilité largement mise en avant, notamment par les scientifiques utilisant ses préceptes. Le chercheur en sciences politiques, tout en reconnaissant ces atouts, peut toutefois objectiver des zones d'ombre et des effets potentiellement néfastes. Ce rapide survol a pour but de pointer quelques limites et risques de l'EBP dans la pratique soignante, mais aussi de proposer les outils des sciences humaines et sociales pour compléter l'outil EBP et ne pas oublier le patient dans la proposition de soin.*

L'EBP (Evidenced Based Practice) est arrivée comme une vague inarrêtable dans nos pratiques professionnelles. Chaque praticien devant se ranger à celle-ci et respecter avec diligence « les données de la science » sans quoi il sera taxé de charlatan ou autre suppôt des « fake med ». Cette vague, si elle est salutaire par la soif de recherche et d'évaluation des techniques qu'elle occasionne, ne doit pas, à mon sens, devenir hégémonique, notamment de part sa grande propension actuelle à ne voir que par le biais des expériences cliniques. D'autres pratiques scientifiques existent, notamment en sciences humaines et sociales qui peuvent nuancer les recommandations EBP ou tout au moins rappeler instamment que l'Homme n'est pas le cailloux du géologue, la drosophile du zoologiste ou le plan de maïs du botaniste de laboratoire, surtout s'il s'agit d'animaux utopiques (Canguilhem 2002, p. 291), créés pour améliorer la reproductibilité expérimentale. L'Homme est, pour tout dire, aléatoire, et toutes les recherches qui le touchent, imparfaites. Les données récoltées par les protocoles de recherche clinique sont donc instructives mais jamais infaillibles, et cette faillibilité doit rappeler au praticien que ces données ne sont que des informations, à toujours mettre en balance avec l'Individu qu'il soigne.

### Genèse de l'EBP

On peut, de manière totalement arbitraire et didactique, borner l'initiation du système de santé moderne à 1892. C'est à cette date qu'apparut la loi sur le monopole médical et la pratique illégale pour les soignants non titulaires du titre de médecin. C'est donc à ce moment là que se faire soigner devient une action sociale fortement influencée par l'Etat qui désigne qui a le droit de soigner et qui a l'interdiction de le faire, ainsi comme le dit Bourdieu : « *Le titre scolaire est la manifestation par excellence de ce qu'il faut appeler, par ce qui peut apparaître comme une étrange alliance de mots, la magie d'Etat : l'octroi d'un diplôme s'inscrit dans la classe des actes de certification ou de validation par lesquels une autorité officielle, agissant en mandataire de la banque centrale de crédit symbolique qu'est l'Etat, garantit et consacre un certain état des choses, une relation de conformité entre les mots et les choses, entre le discours et le réel* » (Bourdieu 2002).

Pendant toute sa première phase de développement, protégée par le monopole accordé par l'Etat, la médecine et ses disciplines associées telle la masso kinésithérapie (je ne reviendrai pas sur la genèse de celle-ci largement analysée par Jacques Monet (Monet 2003)) procèdent par tâtonnements, essais-erreurs, intuitions justifiées ou non et validées puis diffusées en fonction d'expériences personnelles mais aussi, et de plus en plus, de validations utilisant l'apport d'outils des sciences fondamentales.

C'est cette conjonction entre art et science qui fait la particularité du soin et cet équilibre qui permit de grandes avancées. A côté de la découverte des antibiotiques, la médecine a permis, par exemple, l'éclosion d'un philosophe majeur du XXème siècle avec Georges Canguilhem. Sa thèse de médecine « *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique* » reste un classique majeur balayant les concepts biologiques de la maladie d'Auguste Comte pour mettre en évidence l'aspect sociale de celle-ci. Directeur de thèse de Foucault et d'une grande influence sur Bourdieu, Georges Canguilhem était un exemple d'une conception de la médecine comme soin de l'Homme et non comme soin d'une pathologie biologiquement déterminée.

Or, victime de son succès et de l'élargissement incessant de son champ de connaissance, la médecine et son personnel majeur, les médecins, ont eu de plus en plus de mal à intégrer la somme de toutes ces connaissances. L'Evidenced Based Medicine (EBM) est donc apparue au tournant des années 1980-1990, avec comme idée initiale la collaboration dans la prise de décision du sentiment empirique et de la « preuve » :

-« *L'expérience clinique et le développement de l'instinct clinique (en particulier pour le diagnostic) sont cruciaux et nécessaires pour devenir un médecin compétent. Pleins d'aspects de la pratique clinique ne peuvent pas, ou ne seront pas, testés efficacement. L'expérience clinique et ses leçons sont particulièrement importantes dans ces situations. En même temps, les tentatives systématiques d'enregistrer les observations d'une manière reproductible et impartiale augmentent nettement la confiance que l'on peut avoir dans le pronostic du patient, la valeur des tests diagnostiques et l'efficacité du traitement.* »<sup>1</sup> (EBM Working Group 1992)

- « *La médecine fondée sur les preuves est l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures preuves actuelles pour prendre des décisions concernant les soins des patients individuels. La pratique de la médecine fondée sur les preuves signifie l'intégration de l'expertise clinique individuelle avec les meilleures preuves cliniques externes disponibles de la recherche systématique. Par l'expertise clinique individuelle, nous entendons la compétence et le jugement que les cliniciens individuels acquièrent par l'expérience clinique et la pratique clinique. L'expertise accrue est perceptible de nombreuses façons, mais surtout dans un diagnostic plus efficace et plus efficient et dans l'identification plus réfléchie et avec compassion des prénotions, des droits et des préférences des patients individuels dans la prise de décisions cliniques sur leurs soins.* »<sup>2</sup> (Sackett et al. 1996).

## Épistémologie et EBM

La définition même de l'EBM met donc en balance deux notions : l'expérience clinique individuelle applicable à un patient donné et la meilleure preuve scientifique. Cette distinction, si elle laisse officiellement une liberté de jugement au professionnel (expertise clinique individuelle), positionne dans le même temps ces auteurs comme possesseurs du savoir scientifique légitime. D'ailleurs la traduction française la plus souvent utilisée est « médecine basée sur les preuves », traduction bien plus définitive que la « *médecine basée sur des données probantes* » proposée par Alain Charles Masquelet (Masquelet 2010).

Or la notion positiviste de science expérimentale, qu'à remise au goût du jour l'EBM, est relativement nuancée depuis le début du XX<sup>ème</sup> siècle, notamment par sa remise en cause dans les sciences fondamentales. Dans celles-ci, la science est plus déductive et la théorie prédomine : par exemple dans les théories atomiques la part expérimentale est faible, il s'agit bien plus d'une théorie édiflée de manière autonome.

---

<sup>1</sup>« Clinical experience and the development of clinical instincts (particularly with respect to diagnosis) are a crucial and necessary part of becoming a competent physician. Many aspects of clinical practice cannot, or will not, ever be adequately tested. Clinical experience and its lessons are particularly important in these situations. At the same time, systematic attempts to record observations in a reproducible and unbiased fashion markedly increase the confidence one can have in knowledge about patient prognosis, the value of diagnostic tests, and the efficacy of treatment.»  
traduction personnelle

<sup>2</sup>« Evidence based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic search. By individual clinical expertise we mean the proficiency and judgment that individual clinicians acquire through clinical experience and clinical practice. Increased expertise is reflected in many ways, but especially in more effective and efficient diagnosis and in the more thoughtful identification and compassionate use of individual patients' predicaments, rights, and preferences in making clinical decisions about their care.»  
traduction personnelle

Et même si, dans la recherche médicale, l'approche positiviste a un sens en terme de construction de la preuve scientifique par l'expérimentation, il ne faut pas pour autant affaiblir la part de déterminisme que nécessite cette approche de la science : ainsi résumé par Claude Bernard (Bernard 2010) : « *Le raisonnement expérimental [...] se propose le même but dans toutes les sciences. L'expérimentateur veut arriver au **déterminisme**, c'est-à-dire qu'il cherche à rattacher à l'aide du raisonnement et de l'expérience les phénomènes naturels à leurs conditions d'existence, ou autrement dit, à leurs causes prochaines.* » Plus précisément appliquée à la science médicale Claude Bernard précise : « *les circonstances variées qui produisent une même maladie doivent répondre toutes à une action pathogénique, unique et déterminée. En un mot, le déterminisme, qui veut l'identité d'effet liée à l'identité de la cause, est un axiome scientifique qui ne saurait être violé pas plus dans les sciences de la vie que dans les sciences des corps bruts.* »

Or l'EBM respecte-t-elle toujours ce précepte de déterminisme, à savoir de preuve par l'objectivation d'un lien entre cause et effet, indépendant des circonstances ? La question est posée, avec le risque que l'épreuve clinique et sa conception en elle-même prenne le pas sur la construction théorique. Dans ce cas là on aurait une dissociation de la preuve d'efficacité scientifique et des mécanismes d'efficacité (Pignarre 1997).

On peut donc penser l'EBM comme une forme de recherche empirique, une sorte d'expérience clinique à grande échelle<sup>3</sup> : l'intuition étant l'hypothèse et le test empirique l'épreuve contre placebo (par exemple!). Ces tests ayant d'autant plus de valeur qu'ils sont reproductibles sur le plus de cas possibles. L'utilisation d'outils issus de la recherche fondamentale, tels les statistiques ne change rien à la philosophie même de ces recherches, même si elles permettent de traiter les données. La conséquence de cette vision est que l'expérience clinique du professionnel ou les recherches avec essais randomisés contrôlés découlent du même processus, l'un avec un grain très fin sur Un malade précis avec prise en compte de tout son contexte et de sa singularité, l'autre avec un grain très grossier, mais permettant la mise en évidence de redondances entre les cas. Il me semble donc que l'un n'a pas de raison de s'imposer à l'autre.

Ces réflexions sur le contenu même de la « science » ainsi proposée mises à part, cette somme d'expériences (au minimum) peut de manière indéniable apporter des lumières au praticien, permettant de lui donner accès à d'autres connaissances que les siennes propres ou celles de ses maîtres.

## EBP et pouvoir administratif

l'EBM s'est diffusée en France à un moment où les facultés de médecine commençaient à diversifier leurs contenus de formation et à y introduire des sciences humaines et sociales, avec pour objectif « *de développer des capacités d'analyse et de synthèse, de développer une culture commune de santé, de proposer une réflexion éthique, historique, épistémologique, juridique, etc.* » (Gaillard et Lechopier 2015). On pouvait donc s'attendre à une utilisation mesurée et raisonnée de l'EBM. Cette utilisation étant une nécessité afin de consolider la position des professions de santé, dont la relative prospérité et protection du champ d'activité du profane (par l'exercice illégal) est corrélée à sa capacité à soigner efficacement la population (et le faire savoir aux pouvoirs publics par des résultats mesurables). Mais l'éducation aux sciences humaines et sociales en santé avait pour but de développer l'esprit critique et de pointer la nécessité de prise en compte de la singularité de l'Homme, contrebalançant ainsi les résultats quantifiés sur des groupes.

Mais c'était oublier que la médecine n'est pas une île isolée, mais au contraire partie prenante de la société et soumise à ses tensions. Or dans un contexte économique de rationalisation budgétaire l'EBM, devenu depuis Evidence Based Practice (EBP), car étendue à toutes les branches dominées

<sup>3</sup> Ce qui n'enlève en rien la possibilité d'avoir affaire à une science, Bachelard la caractérisant par la succession de trois mouvements : rupture (avec les prénotions), construction de sa réalité (donc les liens de causes à effets envisagés, la notion de déterminisme étant là encore présente) et épreuve (l'expérience). Mais on le voit cette épistémologie bachelardienne demande certaines précautions dans la façon même de penser sa recherche « clinique ».

(Image 1 et 2) du champ de la santé (Laurent et al. 2009) s'est révélée un outil formidable de contrôle des dépenses et a donc pris une ampleur importante dans les soins.



*Image 1 : Fronton de l'ancienne faculté de médecine de Montpellier*



*Figure 2 : Fronton de la nouvelle UFR médecine de Montpellier-Nîmes (Inaugurée en 2017). Si la domination médicale sur les autres secteurs de la santé est une constatation sociologique maintes*

*fois renouvelées, on peut voir dans le nouveau fronton, à la fois la constance de celle-ci, mais aussi la prise en contre des autres cursus « santé » proposés.*

Une des caractéristiques marquantes de la profession médicale a longtemps été son indépendance de la régulation politique et sa liberté d'auto gestion, suivant le principe que seuls des membres de la profession pouvaient contrôler d'autres membres de la profession (Freidson 1984), notamment au vu de la complexité des savoirs pour le profane. Ainsi, si le médecin décidait que tel patient avait besoin de masso kinésithérapie, seul un autre médecin pouvait le dédire, un fonctionnaire non médical n'ayant pas la connaissance pour infirmer ce choix.

De la même manière, dans le milieu hospitalier, les directeurs d'hôpitaux furent longtemps des fonctionnaires peu valorisés, dominés par les chefs de service dont les besoins s'entendaient comme des ordres au vu de l'incapacité des fonctionnaires à déterminer la réalité du besoin médical.

Or, de plus en plus formés au managérial, ceux-ci, mais aussi les fonctionnaires des CPAM, dans le cadre des exercices libéraux, ont donc rapidement su voir l'intérêt de l'EBP (Institut de France 2015). Au lieu d'un guide externe servant à éclairer le soignant sur des cas singuliers, ceux-ci y ont vu un moyen de contrôler (plutôt que réguler) les pratiques médicales et ses excès (Dubar, Tripier et Boussard 2013, p. 282-283). En effet, le préalable à toute « rationalisation », pour ne pas dire réduction, des dépenses de santé est l'évaluation de la pratique. La tendance d'une partie du monde médical à dévaloriser sa part artistique et intuitive au profit d'un espoir de rigueur scientifique favorisa l'adoption de l'EBP et permit de mettre en avant les disparités de pratiques. Les contextes sociaux, familiaux, environnementaux qui auraient pu, pour partie, expliquer des différences de choix thérapeutiques (Tonnelier et Vigneron 1999), pour de pas parler des décisions variables des patients eux-mêmes, furent écartés du revers de la main par les managers et certains alliés médico-scientifiques. Agrégés à des pratiques parfois injustifiées (Peneff 2005) les soignants tendirent donc doublement le bâton pour se faire battre.

Les premières mesures efficaces furent les lois Hôpital Patient Santé Territoire, qui malgré la protestation d'une partie du monde médical (Pierru 2013) placèrent les directeurs d'hôpitaux comme chefs incontestés de leurs établissements et rétrogradèrent les chefs de service au rôle de cadres supérieurs aux ordres, sommés d'évaluer leur productivité avec le mécanisme de budget en fonction de la célèbre T2A (Tarification à l'Activité). En libéral, l'introduction de ces pratiques managériales est plus progressive mais bien réelle avec notamment les référentiels d'actes remboursés pour certaines prises en charges kinésithérapiques. Toutes ces dispositions ont comme point commun de s'appuyer sur des actes références, quantifiables. L'EBP justifie ce système en disqualifiant tous les actes non évaluables par ses méthodes.

## EBP et profession

Cette rationalisation n'a pu s'installer qu'avec des alliés au sein des professionnels de santé. En effet certaines spécialités se prêtent fort bien à ce mode d'évaluation quantitatif des pratiques, de leur harmonisation, de leur évaluation, puis de leur paiement. On pense notamment aux actes chirurgicaux médicaux, mais aussi en rééducation à certains actes en traumatologie, où des professionnels eux-mêmes sont prompts à dégainer des « protocoles » et autres répétitions d'actes de rééducation codifiés. Ce glissement de l'EBP de l'utilisation d'une recherche clinique quantitative éclairant les choix thérapeutiques adéquats pour un patient singulier vers une protocolisation du soin fait cependant des perdants. On pense notamment dans le milieu médical à la diabétologie ou la psychiatrie, où tout le soin est tourné vers l'« empowerment » du patient et sa bonne compréhension et gestion du traitement (régime alimentaire, insuline, gestion du stress, changement de mode de vie). De la même manière en kinésithérapie, la kinésithérapie pédiatrique,

notamment sa branche de rééducation motrice (enfants prématurés, enfants trisomiques pour ne citer que les plus fréquemment rencontrés) est clairement peu adaptée à l'analyse quantitative de techniques, devant l'importance du contexte social dans le devenir de ces enfants. Dans ces domaines de soin, l'acte isolé n'a pas de sens, pas plus que le protocole de soin ou son évaluation par les techniques « classiques » de la recherche clinique. Chaque patient, chaque bébé est singulier et son environnement social sera le premier facteur d'amélioration de son état (Hanson 2013; Miquelote et al. 2012).

Tous les professionnels ne savent pas mettre de termes sur ce sentiment diffus d'inadéquation entre leurs pratiques et les injonctions managériales (cadres, PMSI, cotations et référentiels des actes libéraux...) mais beaucoup se sentent en décalage avec cette promptitude de nombreux collègues à dégainer l'expérimentation clinique comme outil absolu de contrôle des pratiques. Certains travaux relient ce rejet et l'orientation vers des pratiques de soin opposées, dites « alternatives », contribuant à diviser la profession (Guittard 2018).

Ces états d'âmes ne pèsent pas bien lourd face à la pression mise par les organismes gestionnaires et à l'enthousiasme d'une partie des professionnels.

Ainsi la justification « par la science » des pratiques devint en peu de temps la règle, on voit les jeunes internes choisir leurs tuteurs sur le critère du respect ou non de l'EBP («les médecins reco ou pas très reco », c'est à dire « il est EBP ou pas ? ») et la suspicion s'installe sur tous ceux qui gardent des pratiques empiriques et qui osent parfois prescrire ou réaliser des traitements non évalués positivement. Les kinésithérapeutes n'échappent pas à cette vague, d'autant plus sous pression que dans un champ du soin rarement aigu, avec peu de syndicalisation, peu de moyens de pression sur les décideurs et une concurrence d'autres professions peu coûteuses pour les finances publiques (et donc moins soumises à l'exigence de résultats objectivables). Devenir le bon élève de l'EBP est devenu une urgence. Une rupture s'établit entre des masseurs kinésithérapeutes « scientifiques » et des mages, des fantaisistes et autres rebouteux arriérés, honte non dite d'une profession en quête de reconnaissance et de statut médical (à compétences limitées).

Ce phénomène n'est pas l'apanage des masseurs kinésithérapeutes. Ainsi, chez les policiers ou les enseignants, des travaux ont bien montré ces tensions entre valorisation des connaissances informelles ou formelles : « *Pour les premiers qui valorisent la compétence, leur travail relève d'abord de l'art de faire, de la personnalité de chacun, de ses savoir-faire ; pour ceux qui parlent de qualification, il relève de la science, des connaissances et des savoirs formels* » (Dubar, Tripier et Boussard 2013).

## EBP et amélioration du soin?

Le risque du dévoiement de l'EBP vers une protocolisation du soin, en dehors du déclassement du statut de professionnel à celui de simple technicien exécutant les protocoles proposés par une élite universitaire, est une perte nette de la qualité de prise en charge.

On peut espérer qu'une grande partie des patients subissant des « protocoles » de rééducation, par exemple pour un genou post ligament croisé antérieur (LCA), seront améliorés par ces soins. Mais même parmi ceux-ci, le sociologue rappelle que certains ne sauront se soumettre à ces protocoles, qu'ils disparaîtront dans la nature, arriveront en retard aux séances, en sauteront parfois, feront des « imbécilités » à leur domicile... bref seront des « mauvais patients » pour le technicien applicateur de protocole (pour lui ce ne sera donc pas le protocole ou le praticien en cause mais le patient)... Par ailleurs tous les patients ne sont pas égaux et tous leurs LCA, leurs états post opératoires, leurs pathologies associées non plus, auxquels cas la notion de critère d'exclusion dans les études servant de base à l'EBP n'existerait pas.

Enfin, depuis la loi de 2002 relative aux droits des malades, les patients doivent être acteurs de leur traitement et non pas simples signataires de consentements (éclairés?). De nombreuses questions peuvent donc se poser quand il y a disjonction entre les recommandations EBP et les choix des patients.

Mais plus que dans ces rééducations bien délimitées qu'en est-il des soins globaux ? Des pathologies chroniques peu améliorées ou dont les évolutions comparées sont peu discriminables ? Devra-t-on renoncer aux stimulations motrices précoces du nourrisson au prétexte que l'on n'est pas capable de les évaluer par les protocoles de recherches cliniques « classiques »? Il faut espérer que non. Faut-il renoncer aux soins (« care ») d'entretien des capacités ? Il faut peut-être s'avouer que le masseur kinésithérapeute passant au domicile de personnes âgées a un rôle social, parfois aussi important que son rôle médical. Est-ce pour autant une pratique honteuse ? La profession est aujourd'hui plus riche que le seul soin (« cure ») d'une déficience précise et délimitée, c'est cette plus-value qui différencie le masseur kinésithérapeute d'une application de smartphone proposant des exercices d'équilibre ou de renforcement. Cette facette de la profession est peu approchable par l'expérimentation, pour autant, il me semble nécessaire que l'élite chercheuse en sciences de la rééducation et la réadaptation ne se restreigne pas à une recherche sous le lampadaire, dédaignant ce que les outils « classiques » ne savent objectiver.

Utiliser l'EBP dans toutes ses composantes et par toutes les sciences.

Bien sûr on entend parfois, y compris dans les formations labellisées EBP, l'incitation à la prudence et à l'individualisation du diagnostic et du traitement. Mais comment dépasser la formule rituelle ou le mantra et proposer des outils pour le faire ?

La réforme de 2015 des études a permis la réelle identification et prescription d'enseignements d'outils contradictoires. Je pense notamment à l'UE2 « sciences humaines et sociales » de la maquette de formation en masso kinésithérapie. A l'image de l'UE 7 de l'actuelle PACES on ne peut qu'espérer que ces enseignements participent au développement d'une « morale éthique », à la prise en compte de « l'interaction biologique/environnement » et permettent « une démarche scientifique et épistémologique ». L'expérience des études en médecine montre, en pratique, une très grande disparité de l'investissement des universités dans ces enseignements (Louis-Courvoisier 2015).

Et pourtant il s'agit d'un outil formidable pour à la fois apprendre à bénéficier des données de la science et de l'EBP (et éviter les pratiques inutiles voir dangereuses), tout en les questionnant systématiquement et en acquérant peut-être ensuite, pour une frange de ces professionnels, des outils de recherches qualitatives, capables d'aller objectiver des phénomènes que les outils quantitatifs traditionnels (le fameux randomisé double aveugle) ne peuvent mettre en lumière. Les masseurs kinésithérapeutes sont, de part leur discipline, sensibilisés à la prise en charge globale. Leurs soins sont souvent répétés avec les mêmes patients. Autant d'attributs qui ne sont pas ceux de la profession référence de médecin et qui permettent plus facilement une utilisation de ces outils. Nous avons donc là une chance unique d'améliorer la recherche scientifique, en recyclant les fameux randomisés double aveugle, et en leur adjoignant des versants qualitatifs capables d'objectiver le milieu social DU patient, SA compréhension du traitement, SA réalisation effective de celui-ci, SON gain de santé, en terme d'amélioration de SA vie et non de nos chiffres et nos échelles. Les outils qualitatifs peuvent, de plus, décrire les situations d'échec et les cas particuliers afin de les éclairer, plutôt que de rejeter une partie des patients derrière des « critères d'exclusion ». L'avenir est à la collaboration interdisciplinaire. En tout cas c'était le message initiale, me semble-t-il de l'EBP. A nous de ne pas le laisser se pervertir dans notre empressement à intégrer le monde de la Science.

Bibliographie :

BERNARD Claude, 2010, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Paris, "le Monde : Flammarion.



- BOURDIEU Pierre, 2002, *La noblesse d'état: grandes écoles et esprit de corps*, Paris, Les Éd. de Minuit (coll. « Le sens commun »), 568 p.
- CANGUILHEM Georges, 2002, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, 7ème édition., Paris, Librairie philosophique J. Vrin.
- DUBAR Claude, TRIPIER Pierre et BOUSSARD Valérie, 2013, *Sociologie des professions*, s.l.
- EBM WORKING GROUP, 1992, « Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine », *JAMA*, 4 novembre 1992, vol. 268, n° 17, p. 2420.
- FREIDSON Eliot, 1984, *La Profession médicale*, Paris, Payot.
- GAILLARD Maxence et LECHOPIER Nicolas, 2015, « Relever le défi d'introduire aux sciences humaines et sociales en première année commune des études de santé. Mise en perspective de quelques pratiques pédagogiques », *Pédagogie Médicale*, février 2015, vol. 16, n° 1, p. 23-34.
- GUITTARD Aurélien, 2018, *Parcours de convertis. Le parcours et les pratiques de médecins ayant orientés leur activité vers des thérapies alternatives et complémentaires*, Mémoire de master santé SHS, Université de Montpellier, s.l., 59 p.
- HANSON Jamie, 2013, *Poverty influences children's early brain development*, <https://www.sciencedaily.com/releases/2013/12/131211183752.htm>, 2013, consulté le 17 janvier 2018.
- INSTITUT DE FRANCE Academies des sciences, 2015, « La décision publique fondée sur la recherche de preuves - Evidence-based policy ».
- LAURENT Catherine, BAUDRY Jacques, BERRIET-SOLLIEC Marielle, KIRSCH Marc, PERRAUD Daniel, TINEL Bruno, TROUVÉ Aurélie, ALLSOPP Nicky, BONNAFOUS Patrick, BUREL Françoise, CARNEIRO Maria José, GIRAUD Christophe, LABARTHE Pierre, MATOSE Frank et RICOCH Agnès, 2009, « Pourquoi s'intéresser à la notion d' « evidence-based policy » ? », *Revue Tiers Monde*, 2009, vol. 200, n° 4, p. 853.
- LOUIS-COURVOISIER Micheline, 2015, « Pertinence des sciences humaines et sociales en médecine », *Pédagogie Médicale*, février 2015, vol. 16, n° 1, p. 5-8.
- MASQUELET Alain C, 2010, « Evidence based medicine (EBM) : quelle preuve a-t-on que la médecine basée sur la preuve apporte un réel bénéfice ? », *Mémoire de l'académie nationale de chirurgie*, 2010, p. 27-32.
- MIQUELOTE Audrei F., SANTOS Denise C.C., CAÇOLA Priscila M., MONTEBELO Maria Imaculada de L. et GABBARD Carl, 2012, « Effect of the home environment on motor and cognitive behavior of infants », *Infant Behavior and Development*, juin 2012, vol. 35, n° 3, p. 329-334.
- MONET Jacques, 2003, *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle*, Paris 1, s.l., 705 p.
- PENEFF Jean, 2005, *La France malade de ses médecins*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 357 p.
- PIERRU Frédéric, 2013, « Les mandarins à l'assaut de l'usine à soins. Bureaucratism néolibérale de l'hôpital français et mobilisation de l'élite hospitalo-universitaire » dans *La bureaucratism néolibérale*, Paris, Éditions La Découverte, p. 203-230.

PIGNARRE Philippe, 1997, *Qu'est-ce qu'un médicament? un objet étrange entre science, marché et société*, Paris, Éd. La Découverte (coll. « Sciences et société »), 232 p.

SACKETT D, ROSENBERG W, MUIR GRAY J, HAYNES R. B. et RICHARDSON W S, 1996, « Evidence-based medicine: what it is and what it isn't », *BMJ*, 1996 p. 71-72.

TONNELIER François et VIGNERON Emmanuel, 1999, *Géographie de la santé en France*, PUF., Paris, (coll. « Que sais-je? »), 127 p.