



HAL
open science

Les recommandations de bonnes pratiques comme objet heuristique pour la sociologie de la médecine (Commentaire)

Patrick Castel

► **To cite this version:**

Patrick Castel. Les recommandations de bonnes pratiques comme objet heuristique pour la sociologie de la médecine (Commentaire). *Sciences Sociales et Santé*, 2006, 24 (2), pp.105-112. hal-01021296

HAL Id: hal-01021296

<https://sciencespo.hal.science/hal-01021296>

Submitted on 9 Jul 2014

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

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

Les recommandations de bonnes pratiques comme objet heuristique pour la sociologie de la médecine (Commentaire)

In: Sciences sociales et santé. Volume 24, n°2, 2006. pp. 105-112.

Citer ce document / Cite this document :

Castel Patrick. Les recommandations de bonnes pratiques comme objet heuristique pour la sociologie de la médecine (Commentaire). In: Sciences sociales et santé. Volume 24, n°2, 2006. pp. 105-112.

doi : 10.3406/sosan.2006.1682

http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_2006_num_24_2_1682

Les recommandations de bonnes pratiques comme objet heuristique pour la sociologie de la médecine

Commentaire

Patrick Castel*

Si on dispose d'études sur les négociations entre les représentants du corps médical et les instances de régulation autour de l'orientation qualitative des politiques de santé (Hassenteufel, 1997 ; Kerleau, 1998 ; Mossé, 1998 ; Robelet, 2001, 2002 ; Starr, 1982), les études concernant la diffusion et l'impact des recommandations sont, elles, peu nombreuses. Dans un article portant sur l'évolution du travail médical, Hafferty et Light soulignaient, dès 1995, le manque de connaissances empiriques sur cette question. Ce constat est encore valable aujourd'hui et c'est l'un des grands mérites de J. Bachimont, J. Cogneau et A. Letourmy que d'apporter leur contribution à ce domaine, à côté des rares travaux existants (Berg et al., 2000 ; Castel et Merle, 2002 ; Timmermans et Berg, 1997 ; Urfalino et al., 2001).

** Patrick Castel, sociologue, GRESAC – LASS – CNRS, Réseau ONCORA, Centre Léon-Bérard, 28 rue Laënnec, 69373 Lyon Cedex 08, France ;
e-mail : CASTEL@lyon.fnclcc.fr*

La tentative de rationalisation des pratiques médicales via des recommandations est pourtant une tendance lourde des systèmes de santé occidentaux depuis une vingtaine d'années (Daly, 2005 ; Timmermans et Berg, 2003), au même titre que le resserrement des contraintes financières ou l'évolution de la figure du patient, par exemple. Il serait donc souhaitable que davantage de travaux étudient ce mouvement, tout comme de nombreux travaux ont étudié et étudient encore l'impact des politiques de santé en matière de maîtrise des coûts (Contandriopoulos et Souteyrand, 1996 ; Moisdon et Tonneau, 1999 ; Scott et al., 2000). Au-delà, et plus généralement, c'est un objet pertinent pour observer l'activité médicale et ses évolutions.

En 2002, un appel à projets de l'INSERM pointait le manque de connaissances dans ce domaine : « (...) l'intérêt légitimement porté aux facteurs innovants du système de santé a pu conduire à négliger certaines transformations affectant les acteurs médicaux eux-mêmes. Concrètement, ils intéressent aujourd'hui moins les chercheurs en sciences sociales pour ce qu'ils sont ou ce qu'ils font, pour ce qui constitue la singularité de leur travail, que pour ce qu'ils font en relation avec d'autres acteurs, plus périphériques, plus hétérogènes, de préférence non médicaux. » Si cet appel à projets a donné lieu à certains travaux qui ont comblé une partie des lacunes (1), le travail est encore vaste. Or, les processus de production et de diffusion des recommandations constituent un objet de recherche qui permet d'explorer à profit non seulement les transformations des systèmes de santé et, en particulier, l'évolution de la place du médecin par rapport aux autres acteurs, mais aussi de saisir — quand bien même les recommandations ne sont pas utilisées par les médecins — des aspects cruciaux du métier de médecin et, notamment, les enjeux pertinents pour ces professionnels, la nature et la force des incertitudes auxquelles ils sont confrontés lors des prises de décision thérapeutique, les relations entre eux dans le cadre de la prise en charge des patients, les différentes sources d'autorité à l'intérieur même de la profession, les caractéristiques contemporaines de la relation thérapeutique...

Recommandations, zones d'incertitude et incertitudes médicales

D'abord, l'attitude des médecins vis-à-vis des recommandations aide à cerner les enjeux liés à leur activité. La sociologie des organisa-

(1) Voir notamment le travail de G. Bloy sur la médecine générale (2005).

tions a démontré que toute règle était un instrument de négociation entre acteurs pour l'atteinte de leurs objectifs respectifs (Crozier, 1963 ; Gouldner, 1954). Les négociations autour de la mise en œuvre des recommandations – entendues comme des « règles » (de bonnes pratiques) – sont susceptibles de révéler les objectifs des médecins. Soit les médecins vont considérer les recommandations comme un outil pertinent pour atteindre leurs objectifs et ils vont alors essayer de les utiliser pour résoudre les problèmes et obstacles qu'ils rencontrent, soit, au contraire, les enjeux pertinents sont ailleurs et les recommandations risquent d'être perçues comme accessoires. Ainsi, une étude menée sur les médecins de la sécurité sociale aux Pays-Bas (Berg et al., 2000) a montré que l'instauration de standards était un moyen pour eux de revaloriser leur discipline et de légitimer leurs décisions vis-à-vis de tiers. Bien que les auteurs notent le risque de réduction potentielle de l'autonomie individuelle que ces standards font encourir, ils relativisent cette menace en montrant comment les médecins de la sécurité sociale se sont eux-mêmes chargés d'élaborer ces standards afin de renforcer leur position professionnelle. En effet, jusqu'à présent, ils étaient fréquemment accusés de procéder à des décisions arbitraires pour juger du handicap des assurés sociaux. Dans ce contexte, l'élaboration de standards était une réponse à cet affaiblissement en parant leurs décisions d'une « objectivité », et ce, même si, en l'occurrence, les recommandations qu'ils ont élaborées laissent encore une large part à l'interprétation et au jugement individuels. Bachimont, Cogneau et Letourmy, d'un côté, et Urfalino et al. (2001), de l'autre, montrent que c'est l'observance et la maîtrise du comportement des patients qui sont les enjeux prépondérants pour les médecins généralistes qu'ils étudient. Or, les recommandations ne sont pas une réponse à ce problème et paraissent, en l'état, secondaires dans leur travail. Les médecins généralistes en viennent même à considérer que les recommandations pour la prise en charge du diabète répondent plus à un souci économique qu'à un objectif de santé publique. En somme, pour reprendre les concepts de la sociologie des organisations (Crozier et Friedberg, 1977 ; Friedberg, 1993), les jeux autour de la mise en œuvre des recommandations permettent de mettre en évidence les « zones d'incertitude » et les relations de pouvoir entre acteurs du système de santé.

Mais l'étude des recommandations est aussi un moyen de mettre en lumière les incertitudes au sens où l'entendent les sociologues de la médecine, c'est-à-dire les incertitudes liées, d'une part, à l'état des connaissances médicales et, d'autre part, à la capacité de maîtrise de ces savoirs (Fox, 1988 ; Gerrity et al., 1992 ; Light, 1979). On peut ainsi comprendre que les médecins aient plus tendance à percevoir les recommandations comme utiles quand la conséquence d'une erreur est d'ordre létal, qu'il

s'agisse par exemple de réanimation (Timmermans et Berg, 1997) ou de cancer (Castel et Merle, 2002) (2). Dans le cas de l'asthme (Urfalino et al., 2001), les recommandations, qui sont fondées sur un lien entre attitudes thérapeutiques et stades de gravité de la maladie, se heurtent au fait que les médecins généralistes ont de « bonnes raisons » d'accorder un primat à l'intervention : ils ont tendance à mettre rapidement en place un traitement sans « classer » leur patient au préalable. Ils y sont d'autant plus disposés qu'ils ont la perception que l'efficacité des médicaments à leur disposition est plus grande et que l'incertitude concernant les effets secondaires de ces médicaments (autrefois perçus comme dangereux) a disparu.

Recommandations et dynamiques intra-professionnelles

L'étude des recommandations pour la pratique clinique est également propice à l'exploration et à la mise en évidence des différences et des relations concurrentielles qui existent à l'intérieur de la profession médicale (Bucher et Strauss 1961 ; Halpern 1992). En cancérologie, les recommandations sont au cœur du processus de recomposition des soins et, en particulier, au cœur du repositionnement des médecins des Centres de lutte contre le cancer dont la légitimité avait été attaquée par les médecins des CHU (Castel, 2002). Comme l'a montré plus généralement Robelet, « les concepts d'assurance qualité peuvent servir des stratégies de différenciation des produits, redonnant une marge de manœuvre aux représentants de la profession » (Robelet, 2001 : 76). À l'inverse, l'adoption de recommandations peut être freinée par la concurrence qui existe entre techniques substituables. En effet, dans ce cas, les recommandations seront plus difficilement élaborées et diffusées, parce que leur formalisation donnerait la primauté à l'une des spécialités qui maîtrise l'une ou l'autre technique. Par exemple, alors qu'ils étudient la définition d'un nouveau protocole de réanimation cardiaque, Timmermans et Berg (1997) soulignent la réticence des chirurgiens qui voyaient d'un mauvais

(2) On peut rapprocher ce constat de ce que Dalgarrondo (2000) a observé pour les protocoles (ici, de recherche thérapeutique) contre le sida. L'auteur met en évidence que la participation à un essai thérapeutique, dans lequel il s'agit, pour le médecin, d'appliquer un protocole prédéfini à certaines catégories de malades, offre un cadre scientifique sécurisant dans un contexte où les connaissances évoluent et où les conséquences des mauvaises pratiques peuvent être dramatiques.

œil la possibilité de perdre une partie de leur activité puisque, avec le précédent protocole (chirurgie à cœur ouvert), ils avaient le monopole de l'acte.

Cet objet de recherche est également une porte d'entrée heuristique pour s'intéresser à l'autorité en médecine, pas seulement l'autorité médicale au sens de Parsons (1951), c'est-à-dire la relation entre le médecin et le patient, mais l'autorité entre médecins : dans la prise de décision thérapeutique et dans la délégation d'actes thérapeutiques, en fonction de quoi les médecins feront-ils davantage confiance à certains de leurs collègues plutôt qu'à d'autres ? L'existence de recommandations est-elle en mesure de bousculer la hiérarchie médicale, les médecins dépendant moins de l'avis direct de leurs confrères les plus réputés, puisqu'ils disposent d'outils collectivement établis ? En somme, pour reprendre la terminologie de Karpik (1996), on peut se demander si le développement de ces recommandations facilitera le recours à des dispositifs de jugement fondés sur la confiance impersonnelle, au détriment de ceux fondés sur la confiance personnelle. Ou va-t-on au contraire, comme l'analyse Freidson (1985) sans le documenter empiriquement, vers une hiérarchisation supplémentaire entre les médecins qui conçoivent les normes et ceux qui les appliquent ? Une troisième hypothèse consiste à envisager que la médecine des preuves modifie les fondements de la légitimité des médecins hospitalo-universitaires : avec l'avènement de la médecine des preuves, cette légitimité repose-t-elle désormais de plus en plus sur la capacité à maîtriser, à invoquer et à diffuser les données de la science, soit — dans une perspective weberienne — une autorité de type rationnel-légal plutôt que charismatique ou traditionnel (comme le fait d'occuper une position de chef de service d'un hôpital prestigieux) (Castel et Dalgarrondo, 2005) ?

Recommandations et relation thérapeutique

Plus généralement, l'étude de la mise en œuvre des recommandations est un moyen d'aborder un objet classique de la sociologie de la médecine, à savoir la relation thérapeutique, cette relation structurant et étant structurée par les dimensions de l'activité médicale ci-dessus (3). Certes, dans une perspective interactionniste, le non respect des recom-

(3) Dans un précédent article, nous avons explicité la nécessité, lors de l'analyse de la relation thérapeutique, de prendre en compte les relations entre pairs (Castel, 2005).

mandations met en lumière, une nouvelle fois, « l'ordre négocié » qui a cours entre médecins et patients dans le cadre de la prise en charge (Baszanger, 1986 ; Strauss, 1992). Mais les travaux existants donnent des éléments qui permettent d'aller plus loin dans l'analyse en identifiant des régularités dans ce domaine. Ils offrent l'opportunité de cerner finement, par contraste avec la situation « idéale » (du point de vue des concepteurs des recommandations), les aspects de la prise en charge dans lesquels celle-ci dépend avant tout du comportement du patient et échappe ainsi à la maîtrise du médecin. Dans le cas du diabète étudié par Bachimont et ses collègues, il apparaît clairement qu'une partie des difficultés de la prise en charge de cette pathologie repose, d'un côté, sur le savoir médical — maîtrise de ces savoirs et efficacité des traitements existants (perçue ici comme limitée) — et, d'un autre côté, sur l'évolution des comportements des patients, domaine sur lequel les médecins considèrent qu'ils n'ont pas de prise.

Conclusion

Les travaux portant sur la mise en œuvre des recommandations, bien que rares, nous paraissent prometteurs et doivent ouvrir la voie à d'autres études. Celles-ci devraient privilégier une approche par pathologie, car il est alors possible de voir si la maîtrise de l'évolution des connaissances scientifiques sur la maladie et sur ses traitements est délicate et de vérifier ou de préciser dans quelles conditions une telle situation est plutôt favorable à l'acceptation des recommandations — puisqu'elles sont susceptibles de représenter un outil d'aide à la décision. De même, en se centrant sur une pathologie, il est possible d'identifier et de circonscrire les catégories de médecins qui sont en situation d'interdépendance dans le cadre de la prise en charge des patients, de mettre en évidence leurs stratégies et de comprendre la nature de leurs relations. Il est plus facile alors de voir comment les recommandations de bonnes pratiques cliniques s'articulent avec les enjeux liés à l'organisation de la prise en charge. Enfin, et de manière plus générale, il est possible d'analyser les caractéristiques de la relation thérapeutique et les interdépendances existant entre ces caractéristiques et l'utilisation des recommandations.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Baszanger I., 1986, Les maladies chroniques et leur ordre négocié, Revue Française de Sociologie, 27, 3-27.*
- Berg M., Horstman K., Plass S., Van Heusden M., 2000, Guidelines, professionals and the production of objectivity: standardization and the professionalism of insurance medicine, Sociology of Health & Illness, 22, 765-791.*
- Bloy G., 2005, La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien, Revue Française des Affaires Sociales, 1, 103-126.*
- Bucher R., Strauss A., 1961, Professions in process, American Journal of Sociology, 66, 325-334.*
- Castel P., 2002, Normaliser les pratiques, organiser les médecins. La qualité comme stratégie de changement. Le cas des Centres de lutte contre le cancer, Institut d'études politiques de Paris, Thèse de doctorat de sociologie.*
- Castel P., 2005, Le médecin, son patient et ses pairs ; une nouvelle approche de la relation thérapeutique, Revue Française de Sociologie, 46, 443-467.*
- Castel P., Dalgalarrodo S., 2005, Les dimensions politiques de la rationalisation des pratiques médicales, Sciences Sociales et Santé, 23, 5-40.*
- Castel P., Merle I., 2002, Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins. Le cas de la cancérologie, Sociologie du Travail, 44, 337-355.*
- Contandriopoulos A.P., Souteyrand Y., 1996, L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins, Paris, John Libbey Eurotext.*
- Crozier M., 1963, Le phénomène bureaucratique, Paris, Le Seuil.*
- Crozier M., Friedberg E., 1977, L'acteur et le système, Paris, Le Seuil.*
- Dalgalarrodo S., 2000, Une recherche négociée : la recherche thérapeutique VIH en France, Sociologie du Travail, 42, 159-183.*
- Daly J., 2005, Evidence-based medicine and the search for a science of clinical care, Berkeley, University of California Press.*
- Fox R., 1988, L'incertitude médicale, Paris Louvain-la-Neuve, L'Harmattan-CIACO.*
- Freidson E., 1970, Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge, New York, Harper & Row.*
- Freidson E., 1985, The reorganization of the medical profession, Medical Care Review, 42, 11-35.*
- Friedberg E., 1993, Le pouvoir et la règle, Paris, Le Seuil.*
- Gerrity M. S., Earp J. A., De Vellis R. F., Light D. W., 1992, Uncertainty and professional work: perceptions of physicians in clinical practice, American Journal of Sociology, 97, 1022-1051.*

Gouldner A.W., 1954, *Patterns of industrial bureaucracy*, Glencoe, Free Press.

Hafferty F.W., Light D.W., 1995, *Professional dynamics and the changing nature of medical work*, *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 132-153.

Halpern S.A., 1992, *Dynamics of professional control: internal coalitions and cross-professional boundaries*, *American Journal of Sociology*, 97, 994-1021.

Hassenteufel P., 1997, *Les médecins face à l'État*, Paris, Presses de Sciences Po.

Karpik L., 1996, *Dispositifs de confiance et engagements crédibles*, *Sociologie du Travail*, 38, 527-550.

Kerleau M., 1998, *L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des politiques de maîtrise des dépenses de santé*, *Sciences Sociales et Santé*, 16, 5-34.

Light D.W., 1979, *Uncertainty and control in professional training*, *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 310-322.

Moison J.C., Tonneau D., 1999, *La démarche gestionnaire à l'hôpital. 1. Recherche sur la gestion interne*, Paris, Éditions Seli Arslan.

Mossé P., 1998, *La rationalisation des pratiques médicales, entre efficacité et effectivité*, *Sciences Sociales et Santé*, 16, 35-60.

Parsons T., 1951, *The social system*, Glencoe, Ill., Free Press.

Robelet M., 2001, *La profession médicale face au défi de la qualité : une comparaison de quatre manuels de qualité*, *Sciences Sociales et Santé*, 19, 73-98.

Robelet M., 2002, *Les figures de la qualité des soins : rationalisations et normalisation dans une économie de la qualité*, Université Aix-Marseille II, *Thèse de doctorat de sociologie*.

Scott W.R., Ruef M., Mendel P.J., Caronna C.A., 2000, *Institutional change and health care organizations: from professional dominance to managed care*, Chicago, The University of Chicago Press.

Starr P., 1982, *The social transformation of American medicine*, New-York, Basic Books.

Strauss A., 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.

Timmermans S., Berg M., 1997, *Standardization in action: achieving local universality through medical protocols*, *Social Studies of Science*, 27, 273-305.

Timmermans S., Berg M., 2003, *The gold standard*, Philadelphia, PA, Temple University Press.

Urfalino P., Bonetti E., Bourgeois I., Dalgarrondo S., Hauray B., 2001, *Les recommandations à l'aune de la pratique. Le cas de l'asthme et du dépistage du cancer du sein*, Paris, Centre de Sociologie des Organisations.