

Quand la biopolitique change les politiques : survie au cancer et réforme du système de santé en Angleterre

François Briatte

▶ **To cite this version:**

François Briatte. Quand la biopolitique change les politiques : survie au cancer et réforme du système de santé en Angleterre. Congrès de l'Association Française de Science Politique (AFSP), Aug 2011, Strasbourg, France. hal-00675783

HAL Id: hal-00675783
https://hal.science/hal-00675783

Submitted on 2 Mar 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - ShareAlike 4.0 International License

Quand la biopolitique change les politiques : survie au cancer et réforme du système de santé en Angleterre

François Briatte

Institut d'Études Politiques de Grenoble
f.briatte@ed.ac.uk

11e Congrès de l'Association Française de Science Politique
Strasbourg, 31 août–2 septembre 2011

Résumé

Les processus de quantification, par lesquels l'État construit des populations lisibles afin d'asseoir sa domination, donnent également à voir l'effet contraignant des statistiques sur les décideurs publics eux-mêmes, lorsqu'ils se trouvent soumis au pouvoir disciplinaire de la mesure de leur performance. Cette proposition est articulée aux théories sociologiques traitant de la quantification. Elle est supportée empiriquement par l'analyse d'une réforme du système de santé survenue en Angleterre au tournant des années 1999–2000. Cette réforme permet d'observer l'influence sur les décideurs publics de l'étude épidémiologique EUROCARE, qui classe plusieurs pays européens à partir de leurs taux de survie au cancer. L'examen de cette réforme et de ses déterminants permet également de cerner le rôle joué par les acteurs internationaux et transnationaux, comme l'OCDE et certaines communautés épistémiques, dans la circulation de ces données. Elle permet enfin de vérifier l'application de la notion de discipline à la quantification de la performance des gouvernements et à ses effets sur l'action publique.

Mots-clés Lutte contre le cancer ; systèmes de santé ; quantification ; discipline ; classements.

Remerciements

L'auteur remercie Isabelle Bruno, Emmanuel Didier et Monika Steffen, ainsi qu'Étienne Pénissat et Jay Rowell, responsables de la section thématique 45 "Quantifier le monde et l'Europe : acteurs, outils et appropriations", pour leurs conseils et leur patience.

L'auteur remercie également Scott Greer, Anne-Loes Knaapen, Paulette Kurzer et Rosemary C. Taylor pour leurs commentaires sur une version précédente du texte, présentée à Montréal au 17e *Council of Europeanists* en mai 2010 et à Budapest à la 8e *Annual Conference of the European Social Policy Analysis Network* en septembre 2010.

Introduction

Une fraction non négligeable de la matérialité de l'action publique contemporaine se situe désormais dans la quantification de la performance des gouvernements, et plusieurs agendas de recherche convergent vers la mesure du changement induit par ces processus de quantification sur la conduite des politiques publiques. Pierre Lascoumes et Louis Simard attribuent par exemple un "effet cognitif direct" à l'instrumentation de l'action publique lorsque celle-ci "impose des définitions conventionnelles de faits sociaux en fournissant une grille de catégorisation", à l'image des indicateurs socio-économiques ou environnementaux régulièrement évoqués pour évaluer l'action de l'État (Lascoumes et Simard, 2011, p. 19–20). Pour Albert Ogien, la mise en place de ces indicateurs quantifiés participe à ce titre à un projet plus vaste consistant à imposer un "registre de performance" à l'action publique en régime démocratique, "en assujettissant le plus étroitement possible la décision à une information statistique produite à partir de données intégrées et qui, parce qu'elles sont homogénéisées et stockées dans des bases rendues compatibles, peuvent être traitées de façon particulière selon les requêtes et les circonstances, sans limite dans le temps" (Ogien, 2010, p. 36).

Dans ce contexte, une première question de recherche peut consister à identifier les effets proprement politiques des dispositifs (ou technologies) de gouvernement fondés sur la quantification de la performance. Si une étude récente d'Anthony Bertelli et Peter John a ainsi mis en évidence les effets distributifs liés à l'existence d'un système de notation de la performance des autorités locales britanniques par une agence centrale indépendante, système qu'ils qualifient de "mécanisme de discipline politique" (Bertelli et John, 2010, p. 546), la conversion de ces effets en bénéfices électoraux reste incertaine. Cet exemple doit attirer l'attention sur les différentes métriques au cœur des processus de quantification : la performance de l'action publique fait notamment l'objet de notes (*ratings*), de classements (*rankings*), d'objectifs à atteindre (*targets*) et de critères à valider (*benchmarks*), sans que l'on puisse raisonnablement postuler la production d'effets indifférenciés pour l'ensemble de ces dispositifs. De la même manière, l'hypothèse selon laquelle chaque dispositif est susceptible d'entraîner des formes variées de résistance et d'opposition, allant du refus catégorique au détournement, paraît d'emblée plus plausible que l'hypothèse inverse.

L'ensemble de ces questions se retrouve dans le projet avancé par Wendy Espeland et Mitchell Stevens d'établir une théorie sociologique de la quantification attentive aux différentes propriétés sociales des chiffres (Espeland et Stevens, 2009).[1] À l'image des différents courants disciplinaires qui se sont penchés sur la quantification, de l'histoire sociale de la statistique à l'analyse des politiques publiques en passant par la sociologie économique, sa démarche est très fortement marquée par l'héritage intellectuel de Michel Foucault. On retrouve par exemple une thèse foucaldienne classique dans l'usage que l'auteur réserve à la notion de "discipline" pour décrire une réaction possible à la quantification : lorsqu'ils se trouvent confrontés à un dispositif de normalisation statistique de leur performance, les acteurs se savent également soumis à un dispositif de

1. Ces propriétés ne concernent pas que les chiffres : elles s'appliquent à toutes les techniques de mise en lisibilité des populations, et notamment à la visualisation cartographique (Scott, 1998) ; cf. également Saetnan, Lomell et Hammer (2011).

normalisation morale qui récompense les performances supérieures et, surtout, sanctionne les performances inférieures (Espeland et Stevens, 2009, p. 416). En cela, l'étude des dispositifs de gouvernement construits autour des processus de quantification prolonge le programme de recherche élaboré par Michel Foucault autour de la notion de "gouvernementalité" (Lascoumes, 2004), en donnant à voir comment s'exerce le pouvoir et se construisent les rapports de force dans le cadre de la rationalité statistique.

À ce stade de la réflexion, une seconde question de recherche émerge de la littérature scientifique consacrée à l'enrôlement des processus de quantification dans le gouvernement de l'activité politique et économique. En effet, dans quelles circonstances est-il raisonnable d'attribuer un effet causal propre aux instruments statistiques mesurant la performance des gouvernements, et dans quelle mesure peut-on qualifier cet effet de "disciplinaire" ? Dans son analyse des programmes gouvernementaux mis en place aux États-Unis dans le cadre du "New Deal", Emmanuel Didier écarte prudemment cette possibilité (Didier, 2007*b*), et relève de la même manière que la notion de "performativité" n'est pas plus apte à désigner ces mêmes effets (Didier, 2007*a*). Du point de vue du raisonnement causal et conceptuel devant s'appliquer aux processus de quantification, cette double ambiguité subsiste en l'absence d'une théorie plus avancée des effets de contrainte imputables aux instruments d'action publique. Dans le cas des dispositifs statistiques destinés à la mesure de la performance gouvernementale, que l'on retrouve à tous les niveaux de gouvernement et dans virtuellement tous les secteurs d'action publique, une théorisation plus avancée des effets politiques de la quantification présenterait un avantage supplémentaire, qui établirait dans quelle mesure la prolifération d'indicateurs produits par des organisations internationales se traduit par un contrôle croissant de ces dernières sur les organisations étatiques (Davis et al., 2012).

L'objectif de ce texte est de contribuer à l'effort de recherche résumé ci-dessus à partir d'une étude de la réforme du système de santé en Angleterre au tournant des années 2000. L'analyse d'entretiens, de rapports officiels et d'articles tirés de la presse générale et spécialisée fait en effet clairement apparaître la quantification parmi les déterminants de cette réforme, qui s'inscrit dans le processus de réforme quasi-permanent du *National Health Service* (NHS) en Grande-Bretagne, et qui structura durablement le volume des dépenses de santé britanniques au cours de la décennie 1999-2009 (King's Fund, 2009). [2] Cette période coïncide avec la mise en place d'un programme national de lutte contre le cancer en Angleterre, le *NHS Cancer Plan*, dont la genèse recoupe celle de la réforme étudiée ici, et sur lequel porte la recherche doctorale de l'auteur. [3]

L'essentiel de la réforme étudiée est résumé en section 1 ; trois observations principales se dégagent ensuite de son analyse. En premier lieu, les classements comparatifs élaborés par une communauté épistémique d'épidémiologistes ont d'abord permis à différents acteurs d'accuser un défaut de performance du système de santé britannique

2. À partir de la fin des années 1990, chacun des quatre territoires britanniques créés par la dévolution administre son propre système de santé, avec des variations significatives d'un système à l'autre (Greer, 2004). Ce texte se concentre sur l'Angleterre, par nécessité empirique et pour ne pas effacer artificiellement ces variations. Le terme "britannique" est à comprendre avec cette restriction.

3. Cette recherche, dirigée par Monika Steffen à l'Institut d'Études Politiques de Grenoble et financée par l'Institut National du Cancer entre 2007 et 2009, se fonde sur une analyse comparée entre l'Angleterre et la France, où des programmes similaires ont été mis en place dans la même période.

en matière de survie au cancer par rapport au reste des démocraties européennes. Cette entreprise a ensuite eu pour effet d'entraîner deux réactions, respectivement liées au rejet et à l'acceptation de la contrainte épistémique constituée par la position défavorable des pays britanniques dans ces classements. Un dernier effet lié à l'emprise de la quantification sur l'action publique se manifeste enfin dans la décision du gouvernement néo-travailliste de Tony Blair (décision par ailleurs très directement attribuable à ce dernier) d'élever les dépenses de santé de l'Angleterre au niveau de la "moyenne de l'Union européenne". Ces trois observations, exposées en section 2, mettent en scène plusieurs acteurs et institutions liés à l'instrumentation statistique de l'État et à la quantification de ses performances ; leur interaction au cours des années 1999–2000 laisse entrevoir deux formes, ordinale et normale, d'appréciation statistique de la performance publique, lesquelles ont participé à discipliner l'action des élites dirigeantes britanniques.

1 La "Grande Transformation" néo-travailliste du système de santé

La victoire électorale du *New Labour* dirigé par Tony Blair en mai 1997 a entraîné l'écriture d'une nouvelle page de la réforme quasi-permanente du système de santé britannique, qui peut schématiquement se résumer en deux dimensions. La première concerne l'application au NHS de la "révolution bureaucratique" britannique, fondée sur l'introduction d'instruments d'action publique néo-managériaux dans le fonctionnement conventionnel des administrations publiques (Faucher-King et Le Galès, 2010) : dans la continuité des principes posés par les gouvernements conservateurs précédents, les gouvernements néo-travaillistes de Tony Blair et Gordon Brown ont multiplié les initiatives destinées à "réguler" le système de santé sans provoquer d'intervention gouvernementale (Kober-Smith, 2010).

La seconde dimension, plus évidente lors de la présence d'Alan Milburn au Secrétariat d'État à la Santé que sous les ministres suivants, a néanmoins consisté à rompre avec l'héritage conservateur du point de vue budgétaire : dès 1998, la promesse électorale du *New Labour* de maintenir les niveaux de dépense publique des administrations précédentes ne s'appliquait plus au système de santé. L'évolution des dépenses de santé britanniques sur la décennie 1997-2010, résumée en Figure 1, semble au contraire indiquer une sortie du NHS de l'austérité fiscale sous les gouvernements successifs de Tony Blair et Gordon Brown : de 1997 à 2009, la part du financement du NHS dans le produit intérieur brut (PIB) britannique a connu une augmentation d'environ 3 points de PIB, plus de deux fois supérieure aux augmentations des gouvernements conservateurs précédents. [4]

1.1 La décision de Tony Blair du 16 janvier 2000

Le point de départ symbolique de cette augmentation réside dans une décision de Tony Blair, rendue publique le dimanche 16 janvier 2000 lors de son passage dans l'émission télévisée *Breakfast with Frost* : sans concertation préalable avec son ministre

4. Les dépenses privées de santé, comparativement marginales au Royaume-Uni par rapport à la majorité des pays européens, sont incluses dans l'intégralité des calculs.

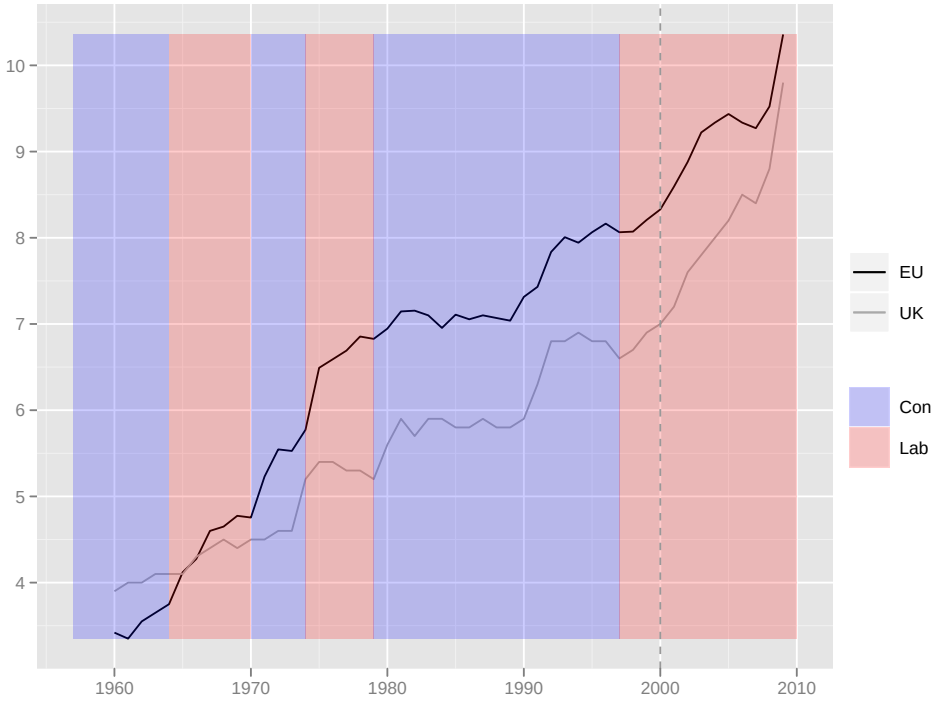


Figure 1 – Évolution des dépenses totales de santé au Royaume-Uni et dans la moyenne non pondérée des autres États-membres de l'Union européenne en 2000 (UE-15), en % du PIB. Les aires bleues et rouges désignent respectivement les périodes de gouvernement conservateur et travailliste. Source : données OCDE Santé 2011.

des finances, Gordon Brown, et à la surprise totale de presque tous ses conseillers, le Premier ministre annonce en direct que le budget du NHS sera augmenté de manière à rejoindre "la moyenne de l'Union européenne". [5] Cette annonce fera par la suite l'objet d'une double rationalisation *post hoc* : tout d'abord dans le *NHS Plan*, préparé par Alan Milburn dans les premiers mois de sa succession à Frank Dobson au Secrétariat d'État à la Santé et publié en juillet 2000, puis lors de la publication du "rapport Wanless" au cours des deux années suivantes, lequel consacra l'objectif d'investissement à long terme dans le système de santé britannique (Klein, 2010, p. 204). [6]

L'application de cette décision dans les années suivantes a très profondément marqué la réforme du système de santé britannique sous les mandats néo-travaillistes : l'ensemble des initiatives ultérieures, même lorsqu'elles ont consisté à optimiser la consommation de soins en restreignant l'accès à certains traitements ou services de soins, a bénéficié d'un budget beaucoup plus important que sous les mandats conservateurs. C'est d'ailleurs sur la base de cette décision que l'historiographie du NHS a rétrospectivement entériné l'idée de la "Troisième Voie" avancée par Tony Blair pour qualifier les réformes du *New Labour* : le prolongement des logiques néo-managériales conservatrices après 1997 n'a naturellement échappé à aucun observateur, mais comme le remarque l'auteur d'une histoire officielle du NHS, "il est improbable que les Conservateurs auraient accepté la moyenne européenne comme niveau de dépenses à atteindre, ou qu'ils auraient commandé un rapport comme le rapport Wanless, fixant des engagements de dépense à long terme" (Webster, 2002, p. 251). À différents titres, la décision de Tony Blair fait donc historiquement figure de "Grande Transformation" dans le long fleuve des réformes du système de santé britannique (Klein, 2010, p. 204), un autre expert allant jusqu'à la qualifier de "déclaration sur le financement de la santé la plus courageuse jamais prononcée par un Premier ministre au cours des cinquante-deux ans d'histoire du NHS". [7]

Dans quelle mesure les dépenses de santé britanniques se sont-elles conformées à l'ambition affichée par Tony Blair de leur faire rejoindre "la moyenne européenne" ? Une première manière de répondre à cette question consiste à observer, de manière descriptive, l'évolution du ratio entre les deux niveaux de dépense, résumée en Figure 2. L'évolution de ce ratio confirme une forme de "rattrapage" de l'Union européenne par le Royaume-Uni au cours des mandats néo-travaillistes : en 2006, le ratio retrouve ainsi un niveau supérieur à 0.9, jamais atteint au cours des trois décennies précédentes.

Cette décision et ses suites ont d'ailleurs bénéficié du soutien appuyé des *think tanks* britanniques spécialisés dans le secteur de la santé : dès mars 2000, une analyse de l'*Office of Health Economics* (OHE) rappelait les limites des comparaisons internationales et la difficulté de l'objectif à atteindre, tout en cautionnant l'objectif "raisonnable" constitué par la moyenne européenne (Towse et Sussex, 2000). De la même manière, un rapport récent du *King's Fund*, publié avant l'élection générale de mai 2009, félicitait les

5. "Blair promises to raise spending on NHS to European average", *British Medical Journal*, 22 janvier 2000.

6. Chaque rapport servit une fin différente : alors que le *NHS Plan*, d'origine ministérielle, fit office de feuille de route à l'exécution des réformes suivantes, le "rapport Wanless" leur conféra une légitimité supplémentaire, dans la mesure où, pour la première fois, un rapport indépendant sur le système de santé britannique fut confié (par l'administration budgétaire) à un expert issu des milieux d'affaires (Webster, 2002, p. 233–234).

7. "Blair will have difficulty in matching European spending", *British Medical Journal*, 22 janvier 2000.

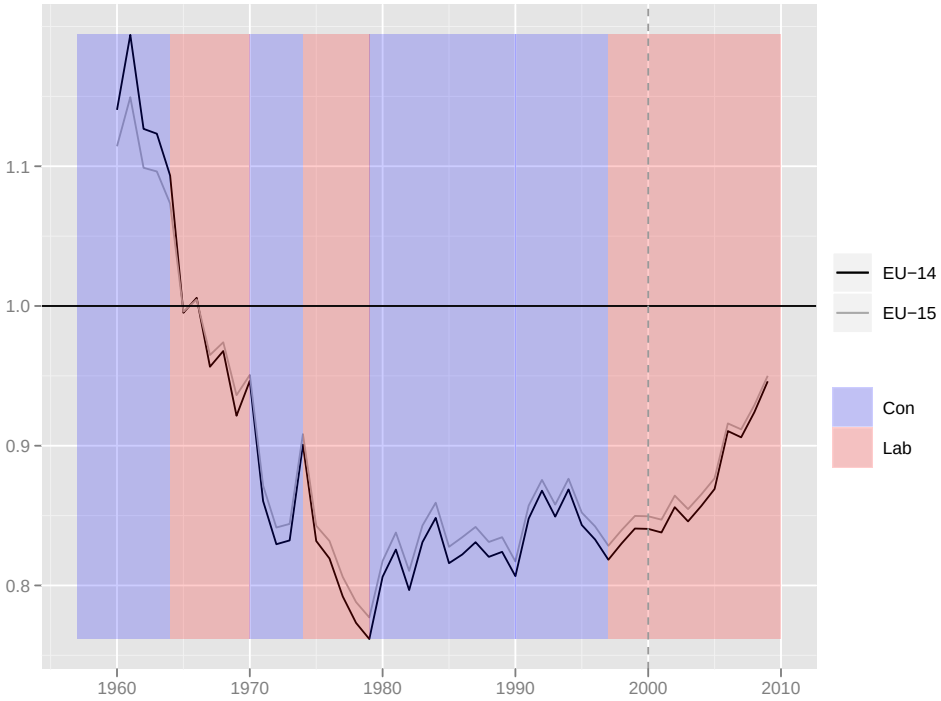


Figure 2 – Ratio des dépenses totales de santé du Royaume-Uni par rapport à la moyenne non pondérée des autres États-membres de l'UE-15, en % du PIB. La courbe grisée visualise la contribution britannique du Royaume-Uni à la moyenne européenne en l'intégrant au calcul. Les aires bleues et rouges désignent respectivement les périodes de gouvernement conservateur et travailliste. Source : données OCDE Santé 2011.

gouvernements néo-travaillistes précédents de s'être conformés aux objectifs de dépense du rapport Wanless (King's Fund, 2009). Les mesures en termes réels ou à parité de pouvoir d'achat n'invalident pas non plus le bilan du *New Labour* en matière de dépenses de santé : la période récente correspond effectivement à une augmentation de ces dépenses vers un niveau plus proche de la moyenne européenne que sous les gouvernements précédents.

Une deuxième manière de vérifier cette observation consiste à modéliser l'évolution des dépenses de santé britanniques sous la forme d'un phénomène autocorrélé, c'est-à-dire principalement guidé par une forme de croissance organique ; cette modélisation permet de se concentrer sur le taux d'augmentation des dépenses de santé au cours du temps, et de repérer les périodes d'augmentation statistiquement significatives dans un intervalle de confiance donné. La Figure 3, qui résume les résultats d'un modèle additif généralisé sur les années 1960-2009, permet d'établir que les années 1997-2009 sont incluses dans les périodes d'augmentation statistiquement significatives des dépenses de santé britanniques, avec un intervalle de confiance de 99%. [8]

1.2 Les déterminants de la décision

Une fois ses effets observés, la décision prise par Tony Blair en janvier 2000 demande à être expliquée plus en détail. Une partie de cette explication vient de facteurs endogènes à l'action publique : les très nombreux instruments d'action publique introduits par les gouvernements néo-travaillistes pour mesurer leur propre performance ont en effet offert aux médias britanniques autant de manières de critiquer la performance de l'action gouvernementale, notamment en termes d'inégalités socio-géographiques. [9] À la fin de l'année 1999, les objectifs de performance définis un an plus tôt et publiés la même année (Klein, 2010, p. 203) donnaient ainsi toutes les raisons nécessaires aux médias britanniques pour titrer, comme le faisait la BBC, sur la "crise du NHS" (Dean, 2008, p. 13).

Ce facteur prit une importance particulière en janvier 2000, lorsque les listes d'attente du système de santé s'allongèrent dangereusement suite à l'épidémie de grippe hivernale qui saturait les services de soins hospitaliers. [10] La combinaison de ces caractéristiques du système de santé britannique, accentuée par l'agressivité de la couverture médiatique nationale face à ses dysfonctionnements, fournit une première clé d'interprétation à la décision de Tony Blair, celui-ci cherchant à éviter le blâme lié au défaut de performance qu'accusait le NHS dans l'opinion publique à cette période (Klein, 2010, p. 202–204).

8. Les fichiers de réplication du modèle sont disponibles auprès de l'auteur. Cette modélisation permet d'identifier plusieurs autres périodes d'augmentation statistiquement significatives dans les décennies 1970-1980 et 1990-2000 : la seule période de stagnation détectable à un intervalle de confiance de 95% se situe ainsi au milieu des années 1980, au cœur de la période de gouvernement de Margaret Thatcher. L'augmentation des dépenses sous les mandats néo-travaillistes est toutefois statistiquement plus robuste et surtout substantiellement plus importante que toutes les augmentations précédentes.

9. Pour un aperçu, cf. Faucher-King et Le Galès (2010). Comme l'ont fait remarquer différents observateurs à cet égard, il est rétrospectivement plutôt paradoxal qu'un gouvernement ait investi autant de ressources dans la mise en place de dispositifs ayant contribué à discréditer ses propres initiatives sans générer de gain électoral significatif (Hood et Dixon, 2010).

10. "Urgent cancer operations delayed by epidemic", *The Independent*, 12 janvier 2000.

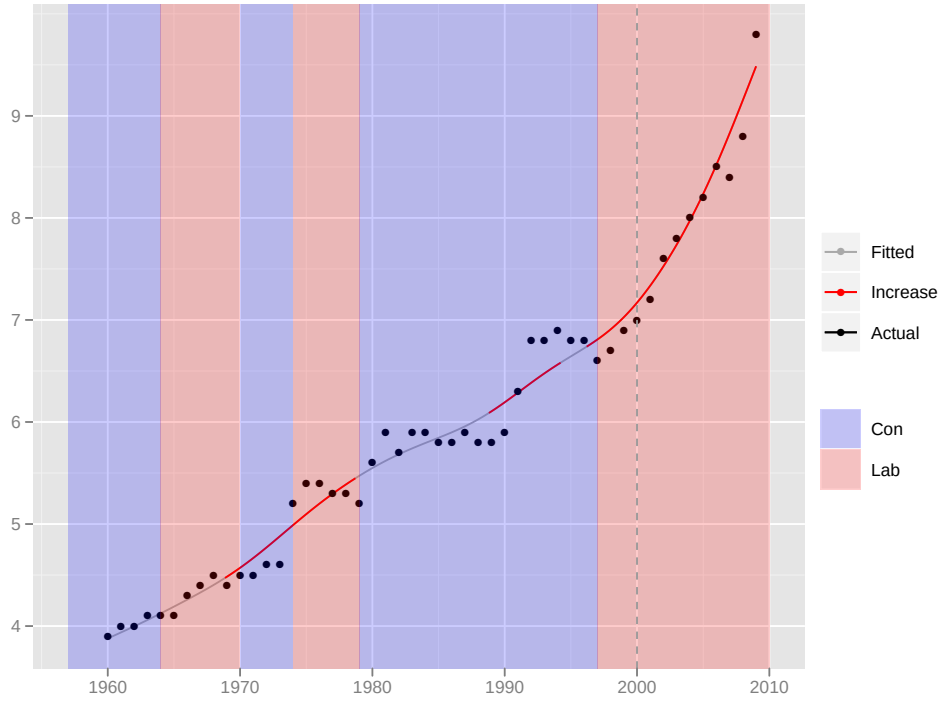


Figure 3 – Modèle additif généralisé des dépenses totales de santé au Royaume-Uni de 1960 à 2009, en % du PIB. La courbe grisée est une approximation de la tendance suivie par la série temporelle à partir d'un modèle autorégressif de forme AR(2) ; les segments rouges correspondent aux période d'augmentation significatives à 99%, calculés à partir des dérivés du modèle. Les aires bleues et rouges désignent respectivement les périodes de gouvernement conservateur et travailliste. Source : calculs personnels, données OCDE Santé 2011.

Quatre ans plus tôt, la campagne électorale du *New Labour*, qui se proposait de "sauver le NHS", avait largement exploité la perception communément admise que le système de santé britannique, "précédemment source de fierté, s'était profondément détérioré au fil des années de sous-investissement imposées par les Conservateurs, au point de devenir *l'un des pires en Europe de l'Ouest*" (Faucher-King et Le Galès, 2010, p. 53, italiques personnelles). Au tournant des années 1999-2000, alors que "l'inondation de statistiques continuait à publiciser les défauts de performance du NHS" (Klein, 2010, p. 206), les critiques accusant le gouvernement de Tony Blair de prolonger cette situation se répandirent à des niveaux particulièrement élevés d'autorité bureaucratique et politique, jusqu'à la veille de son intervention télévisée (Klein, 2010, p. 205). Ces critiques sur la situation fiscale du NHS, qui recoupaient en tous points le cadre mental construit dans l'espace médiatique et le désaveu du NHS dans les enquêtes d'opinion, ont profondément affecté les élites ministérielles concernées, participant à la construction latente du problème public justifiant sa modernisation à partir de sa réforme budgétaire. [11]

Un deuxième facteur explicatif tient plus particulièrement au rôle joué par l'évocation du cancer dans la crise médiatique ouverte au sujet du NHS : au cours des années 1999-2000, la magnitude épidémiologique et la dimension dramatique associées à la pathologie cancéreuse contribuèrent à affaiblir le capital réputationnel de l'institution plus qu'aucune autre. Les restrictions sur les traitements anticancéreux ont fourni, au cours de cette période et des suivantes, un support privilégié au discours médiatique sur le sous-financement du NHS, lui-même en large partie fondé sur le discours public des spécialistes médicaux concernés. [12] La couverture médiatique nationale, déjà extensive sur les inégalités socio-géographiques face au cancer [13], a fréquemment évoqué la distribution inégalitaire de ces traitements sous la forme d'une "lotterie postale" (Bungay, 2005), aux antipodes des principes fondateurs du système de santé britannique. De la même manière, le cancer fut amplement mobilisé dans l'illustration du défaut supplémentaire de performance du NHS, symbolisé dans sa représentation médiatique par l'allongement des listes d'attente. En 1999, le défaut de disponibilité des services de soins fut d'abord accusé par une étude médicale de causer la mort de certains patients cancéreux en retardant la détection de leur pathologie [14] ; l'année suivante, cette possibilité fut illustrée par la mort d'une patiente atteinte d'un cancer, Mavis Skeet, suite au décalage à répétition de son traitement pendant l'épidémie de grippe hivernale [15].

Cette articulation des thèmes de la sous-performance et du sous-financement du NHS avec la pathologie cancéreuse prit une dimension exceptionnelle dans l'espace médiatique et politique avec la diffusion d'un classement épidémiologique de 17 pays européens à partir des taux de survie de leurs populations aux cancers les plus communs. Dès février 1999, les résultats du classement, évoqués lors de l'*International Congress on Anti-Cancer Treatment* tenu à Paris, furent associés par différentes autorités

11. "How Blair came late to reform of the NHS", *The Times*, 24 mars 2000.

12. "Our cancer disgrace. Top specialists confess : We have to lie to patients," *Daily Mail*, 9 novembre 1999.

13. "Cancer survival linked to wealth," *The Guardian*, 23 avril 1999 ; "Poor have less chance of beating cancer," *The Times*, 23 avril 1999 ; "Britain fails in war on disease," *The Guardian*, 17 octobre 1999.

14. "Delays that kill victims of breast cancer," *The Guardian*, 2 avril 1999.

15. "Cancer patient dies after four surgery delays," *The Guardian*, 2 juin 2000. Selon l'un de ses proches conseillers, le parcours de Mavis Skeet – très médiatisé au cours de l'hiver 1999-2000 – a joué un rôle critique dans la décision de Tony Blair (Timmins, 2008, p. 105).

scientifiques et médicales à un défaut de financement dans plusieurs pays européens, limitant la formation des spécialistes et la disponibilité des traitements ; cette annonce, qui résonait parfaitement avec le cadre mental élaboré dans l'espace médiatique britannique, fut immédiatement relayée sous la forme d'une critique acerbe du NHS, dont les performances furent qualifiées de désastreuses, en particulier au vu des performances accomplies par le reste des pays européens inclus dans le classement. [16]

La diffusion des résultats de ce classement s'étendit sur toute l'année 1999, par le biais d'échanges croisés entre les espaces médiatique et médical qui rédigèrent conjointement le récit causal associant le sous-financement du NHS et le défaut de performance en matière de survie au cancer au Royaume-Uni. [17] La crise médiatique prit aussi la forme d'un lobbying médical plus classique : en mai 1999, la *Campaign for Effective and Rational Treatment*, lancée par un groupe de cancérologues pour exiger une augmentation des dépenses de santé afin de rendre disponibles certains traitements anticancéreux, reçut immédiatement le soutien du groupe parlementaire bipartisan consacré au cancer. [18]

En définitive, les déterminants de la "Grande Transformation" du NHS amorcée en janvier 2000 laissent entrevoir plusieurs processus de quantification à l'œuvre, liés au niveau de dépense du système de santé britannique ou à différents indicateurs de performance, parmi lesquels les taux comparatifs de survie au cancer ont joué un rôle particulier. La section suivante décompose deux de ces processus afin d'analyser la manière dont ils sont rentrés en jeu dans la production de la réforme étudiée : tout d'abord dans la construction du problème public, avec l'irruption d'un classement épidémiologique européen dans les contraintes s'exerçant sur les décideurs publics, puis lors de la fixation de la "moyenne européenne" comme objectif affiché de l'action gouvernementale.

2 L'appréciation statistique de la performance publique

L'étude EUROCARE [19], dont les résultats apparaissent dès le milieu des années 1990 dans plusieurs revues médicales spécialisées, est un projet scientifique transnational visant à comparer les taux de survie par cancer dans un échantillon de populations européennes à partir de données et de méthodes standardisées. Son financement initial a été assuré par le biais des programmes de recherche biomédicale de l'Union eu-

16. "Cancer cuts that kill ; Britain spends less on drugs and its patients are paying with their lives," *Daily Mail*, 5 février 1999 ; "UK lags in cancer treatment," *The Scotsman*, 5 février 1999 ; "Pattie blasts UK's 'appalling' record" et "We're worst at beating cancer," *The Sun*, 5 février 1999.

17. Cf., par exemple, "Cancer 'killing too many' in UK," *The Guardian*, 10 mars 1999, et "Britain lags in treating cancer," *The Independent*, 10 mars 1999 ; les deux articles renvoient à un éditorial du cancérologue Karol Sikora, paru dans l'*European Journal of Cancer* à la même époque, lequel est aussi une figure médiatique reconnue pour sa virulente critique du financement public du NHS.

18. "Extra 170 [million pounds] a year urged for cancer drugs," *The Guardian*, 5 mai 1999 ; "Cancer cash should be doubled, specialists say," *The Independent*, 5 mai 1999. Dans ce cas également, le financement public du NHS fut violemment critiqué par les déclarations de spécialistes en faveur du secteur privé, avec un fort écho médiatique ("Cancer drug cash scandal," *Mirror*, 5 mai 1999).

19. L'acronyme signifie "European Cancer Registry-based study on survival and care of cancer patients" ; cf. le site Internet du groupe de travail EUROCARE : http://www.eurocare.it/.

ropéenne (Coebergh et al., 1998), qui s'est depuis dotée de ses propres indicateurs épidémiologiques (Kilpeläinen, Aromaa et ECHIM Core Group, 2008). Outre le soutien financier de l'Union européenne, très active dès ses origines dans la lutte contre le cancer (Trubek, Nance et Hervey, 2008), les résultats de l'étude EUROCARE furent également publiés sous la forme de monographies par l'*International Agency for Research in Cancer* (IARC), agence spécialisée créée en 1962 auprès de l'Organisation Mondiale de la Santé. Le rôle de ces institutions transnationales dans la gouvernance multi-niveaux de la santé publique n'est pas abordé dans l'analyse qui suit, mais leur influence sur les décisions des États ne peut pas être entièrement éludée : au sein de l'Union européenne, par exemple, "la Méthode Ouverte de Coordination Santé, comme les données de l'OCDE, peut faire penser à un gaspillage de papier dans un État-membre tout en constituant un instrument important dans un autre" (Greer, 2009, p. 164).

Le réseau scientifique participant à l'étude EUROCARE présente par ailleurs toutes les caractéristiques d'une "communauté épistémique" (Haas, 1992), fortement dotée en capital scientifique et délibérément orientée vers la communication de ses résultats à différents publics. Son audience inclut naturellement plusieurs publics spécialisés, situés à différents points plus ou moins influents de l'espace médical [20], mais une partie de son attention concerne les décideurs politiques et le grand public. Dès la deuxième édition de l'étude, en 1998, ses auteurs évoquent ainsi un lien potentiel entre leurs résultats épidémiologiques et certains paramètres macroéconomiques, écrivant : "il pourrait être intéressant de comparer le classement standardisé des estimations de taux de survie dans les 17 pays inclus dans l'étude avec les indicateurs économiques courants du produit intérieur brut et des dépenses de santé" (Berrino et al., 1998, p. 2152), et ce de manière à "aider les autorités de santé à prendre des décisions informées concernant les investissements de ressources les plus efficaces" (Berrino et al., 1999). [21]

L'ensemble de ces facteurs a contribué à faire de l'étude EUROCARE une référence scientifique internationalement reconnue et régulièrement citée dans les revues spécialisées comme dans les médias généralistes. En 1998, lors de la publication des résultats de la deuxième édition de l'étude dans un numéro spécial de l'*European Journal of Cancer* (Berrino et al., 1998), ceux-ci sont immédiatement repris par la presse britannique : les taux de survie de l'Angleterre et de l'Écosse classent en effet le Royaume-Uni parmi les pays les moins performants sur ce critère d'évaluation. L'acceptation de ce classement, et la référence à la "moyenne européenne" comme objectif censé normaliser cette situation, donnent à voir deux mécanismes d'appréciation statistique : dans la lecture des résultats de l'étude EUROCARE, qui se présentent sous la forme d'un classement international, puis dans l'établissement de la "moyenne européenne" comme point de référence normal, converti en objectif gouvernemental.

20. L'épidémiologie occupe des positions différentes dans l'espace médical en fonction de sa configuration nationale. Son influence est particulièrement observable au Royaume-Uni, où les auteurs de l'étude EUROCARE disposent également d'alliés objectifs renommés parmi leurs homologues britanniques.

21. Quelques années plus tard, la communauté épistémique constituée autour de l'étude EUROCARE renforcera ses croyances causales en réalisant cette comparaison, pour en conclure que "la survie au cancer dépend de l'application extensive de diagnostics et de traitements efficaces, mais notre analyse suggère que leur disponibilité dépend de déterminants macroéconomiques, incluant l'investissement dans la santé et la santé publique" (Micheli et al., 2003, p. v41).

2.1 L'acceptation d'une contrainte épistémique : le "classement EUROCARE"

Une caractéristique cruciale de l'étude EUROCARE réside dans la présentation de ses résultats sous la forme d'un classement établi entre les pays dont sont issues les populations étudiées. La Figure 4, extraite des résultats de la deuxième édition de l'étude, illustre la façon dont ces classements se présentent lors de leur publication : en plus des tableaux comparatifs, chaque publication basée sur les résultats de l'étude EUROCARE s'accompagne également de graphiques faisant explicitement apparaître la position relative de chaque pays étudié. Ces positions ne sont pas uniquement résumées par leur présentation graphique : au fil des différentes éditions de l'étude EUROCARE, ses auteurs ont établi plusieurs manières de regrouper les pays entre eux. Dans la deuxième édition du classement EUROCARE, un coloriage des graphiques en nuances de gris a ainsi servi à distinguer les pays à "fort" et "faible" taux de survie (Gatta et al., 1998, p. 2178–2179).

D'emblée, le classement EUROCARE possède l'ensemble des attributs qui ouvrent la possibilité pour un indicateur de devenir une "technologie de gouvernance globale" (Davis, Kingsbury et Merry, 2011) : à quelques années d'intervalle entre la période d'observation et celle de la publication des résultats, le classement établit la position relative de ses unités d'analyse (des États-nations européenns) en simplifiant une réalité complexe grâce à une mesure standardisée (le taux de survie relatif des populations exposées à plusieurs cancers communs). Chaque nouvelle vague de l'étude renouvelle la possibilité pour chaque unité d'élever ou de rabaisser sa position, à l'intérieur du classement et par rapport aux vagues précédentes.

L'appréciation statistique que renvoie le classement de chaque unité est, par définition, *ordinale* : alors que, pris isolément, les taux de survie nationaux au cancer ne contiennent aucun jugement normatif, leur insertion dans un ordre de grandeur et leur position vis-à-vis des autres taux mesurés qui permet d'estimer la performance d'une unité donnée. Cette appréciation correspond au phénomène de *commensuration* décrit par Wendy Espeland et Mitchell Stevens, le classement EUROCARE fournissant à la fois la mesure approximative des taux de survie relatifs de chaque pays et une échelle d'interprétation ordinale, donnée par la position relative des pays par rapport à la moyenne européenne et par rapport aux autres unités d'analyse de l'échantillon ; les classements de ce type figurent au premier rang des technologies pouvant servir à "limiter le pouvoir discrétionnaire et rendre les individus responsables" (Espeland et Stevens, 2009, p. 420).

L'ordinalité du classement, renforcée par les catégorisations graphiques évoquées ci-dessus, fournit le premier mécanisme d'appréciation statistique à notre cas d'étude : la réaction des médias et des élites gouvernementales britanniques à l'étude EUROCARE s'est en effet construite en rapport à la position clairement détrimentielle du Royaume-Uni dans ce classement. Pour prendre l'exemple du cancer colorectal (Gatta et al., 1998), les deux territoires britanniques (Angleterre et Écosse) y appartiennent à la catégorie la plus basse des pays européens à "faible" taux de survie relatif au cancer, et s'y trouve regroupé avec plus de pays d'Europe de l'Est que d'Europe occidentale. Parallèlement, le Royaume-Uni occupe même la dernière position du classement des taux de survie à un an des hommes et des femmes atteints d'un cancer du poumon.

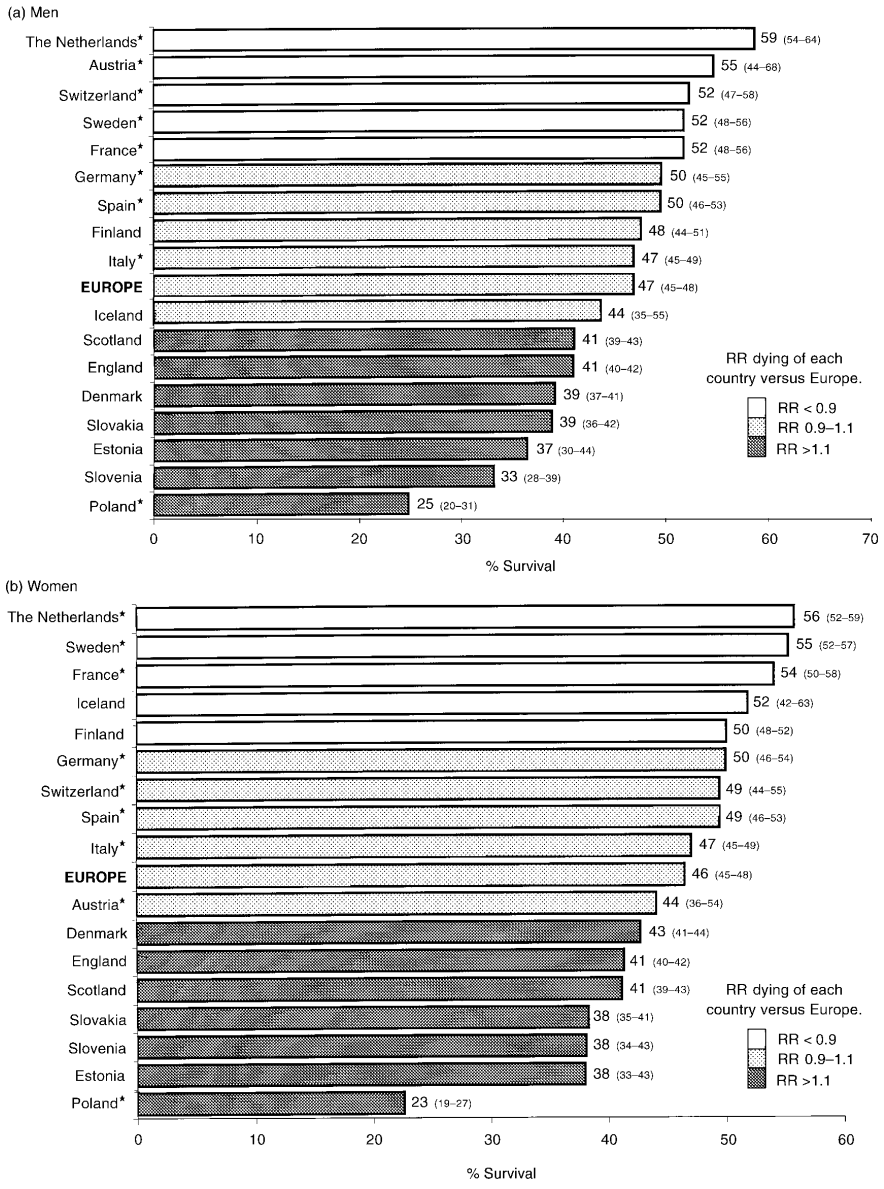


Figure 4 – Taux de survie relatifs au cancer colorectal dans les pays couverts par l'étude "EUROCARE II". L'acronyme "RR" désigne la mesure standardisée (*risk ratio*) utilisée par les auteurs. Source : Gatta et al. (1998, p. 2179).

D'autres pays occidentaux, dont notamment le Danemark, [22] apparaissent dans les derniers rangs des classements "EUROCARE II" ; néanmoins, seul le Royaume-Uni y apparaît pour chacun des cancers les plus communs (colorectal, sein, poumon, prostate et ovarien), et dans 18 des 25 cancers couverts par l'étude. Enfin, l'originalité du classement EUROCARE empêchait de minimiser ses conclusions, en l'absence de données contradictoires : un ancien conseiller de Tony Blair note ainsi que, "avant l'arrivée des taux comparatifs de survie au cancer, il n'y avait pas réellement de mesures internationales comparables des performances de santé" (Smee, 2005, p. 23). [23]

C'est avec ce filtre d'interprétation, qui souligne explicitement la position défavorable du Royaume-Uni, que les agents spécialisés (experts, bureaucrates et professionnels de santé) exploitèrent les résultats de l'étude EUROCARE. Deux *think tanks* très influents relayèrent rapidement cette lecture des classements : dès janvier 2000, la branche "santé/social" de l'*Institute of Economic Affairs* publiait un rapport intitulé "Delay, Denial and Dilution", qui s'appuyait pour une large partie sur les classements EUROCARE et sur une étude de Karol Sikora, déjà mentionné plus haut (p. 11), pour critiquer les situations de "rationnement" dans le NHS. La même année, l'OCDE cita les classements EUROCARE dans son *Country Report* sur le Royaume-Uni, inversant soudainement son évaluation générale du NHS et entachant sa relation d'"admiration mutuelle" avec les élites britanniques (Manning, 2004) : alors que ses précédents rapports évoquaient son efficacité économique "remarquable" et sa performance "moyenne", celui-ci fut retenu pour sa mention des résultats de l'étude EUROCARE (Smee, 2005, p. 23, 25). [24]

Une série d'entretiens avec les responsables du *NHS Cancer Plan*, programme national intégré au *NHS Plan* avec d'autres programmes nationaux, indique que le classement EUROCARE fut également mobilisé par les élites bureaucratiques et para-bureaucratiques de la lutte contre le cancer en Angleterre. Un de ses hauts responsables se souvient par exemple de Tony Blair lui demandant, en février 2000, si la situation était "aussi grave que les gens le disent" ; quelques mois plus tôt, le même responsable avait organisé un atelier de réflexion autour de l'étude EUROCARE, dont il avait conclu avec le reste des participants que ses résultats étaient fiables. Un doute aurait pu subsister à ce sujet, dans la mesure où la méthodologie de l'étude EUROCARE provoque régulièrement de vifs échanges contradictoires publiés dans d'importantes revues médicales dépassant l'audience spécialisée de l'épidémiologie. [25]

Les controverses sur la validité de l'étude EUROCARE n'a toutefois pas diminué son influence auprès des pouvoirs publics : au contraire, dans le prolongement d'un

22. Les élites gouvernementales du Danemark réagirent également à la publication du classement "EUROCARE II", en mettant en place un programme national de lutte contre le cancer en février 2000 (Appel, 2005).

23. Les mesures précédemment disponibles se résument principalement aux données OCDE et au classement des systèmes de santé publié en 2000 par l'Organisation Mondiale de la Santé, laquelle avait assigné un rang favorable au NHS (Secretary of State for Health, 2000, p. 23) ; la même année, les élites dirigeantes britanniques s'accordaient toutefois sur le fait que "le niveau des dépenses de santé du Royaume-Uni a constamment peiné à suivre celui des autres pays développés" (Secretary of State for Health, 2000, p. 31).

24. Sur l'impact cognitif de l'OCDE sur l'action publique, cf. Marcussen (2004) et (Mahon et McBride, 2009) ; sur son influence sur les politiques de santé, cf. Hassenteufel et al. (2000, p. 40–41).

25. L'exemple le plus récent a été publié dans le *British Medical Journal* du 9 juillet 2011. Les autres revues identifiées par l'analyse documentaire sont le *British Journal of Cancer*, le *Lancet* et le *Lancet Oncology*.

autre atelier de travail autour de la validité de ses résultats, elles ont récemment renforcé l'emprise des taux de survie au cancer sur la décision publique en incitant les autorités ministérielles britanniques à lancer l'*International Cancer Benchmarking Partnership* (Foot et Harrison, 2011). Ce dispositif reprend les grandes lignes de l'étude EUROCARE en comparant les taux de survie de six pays européens à partir d'une grille d'indicateurs de performance encore plus précise. [26] En conséquence, la mesure de la performance du système de santé au moyen de la comparaison des statistiques épidémiologiques du cancer a eu tendance à s'institutionnaliser graduellement, jusqu'à apparaître directement dans les instruments d'action publique de l'État.

Pour désigner l'effet de contrainte exercé par la connaissance du classement EUROCARE auprès des élites britanniques, on utilisera l'expression de *contrainte épistémique*, dont l'acceptation par les autorités politiques est une condition préalable à son effet transformatif sur l'action publique. Un comportement posssible consiste en effet à rejeter cette contrainte comme scientifiquement illégitime, ce que certains spécialistes du milieu médical ont exprimé au sujet de l'étude EUROCARE en expliquant que le système de surveillance intégrale de la mortalité au Royaume-Uni n'était pas commensurable aux systèmes partiels de la plupart des autres pays européens, et que ses résultats ne devaient pas servir d'argument politique dans la réforme du NHS (Wilkinson, 2009). Ce comportement témoigne de l'utilisation d'un "savoir local" (Scott, 1998, p. 311-*sq.*), ancré dans les spécifités du système de santé britannique, dans la résistance à l'entreprise de lisibilité transnationale constituée par l'étude EUROCARE. [27].

2.2 La normalisation performative d'une réforme : l'objectif de la "moyenne européenne"

Le deuxième mécanisme d'appréciation statistique observable dans la réforme du NHS au tournant des années 1999-2000 tient à l'objectif d'atteindre le niveau européen moyen de dépenses de santé. Comme l'a fait justement remarquer Rudolf Klein, l'objectif consistant à atteindre la moyenne européenne était "essentiellement arbitraire, pratique car suffisamment ambigu pour s'autoriser à être flexible dans son interprétation" (Klein, 2010, p. 205). L'expression "moyenne européenne" contient en effet deux choix implicites, concernant l'échantillon – les quinze membres de l'Union européenne en 2000 – et la mesure de la tendance centrale – la moyenne, pour laquelle existe essentiellement trois formes de calcul. En modifiant ces choix à la marge, un portrait différent des accomplissements politiques de Tony Blair en matière de dépenses de santé pourrait être brossé sans trahir les données. [28]

Si l'on peut raisonnablement penser que la moyenne fut choisie pour sa simplicité apparente, le choix d'utiliser les autres États-membres de l'Union européenne comme

26. Ce programme a été confié à l'un des acteurs associatifs les plus influents de la communauté de politiques publiques réunie autour de la lutte contre le cancer en Angleterre ; cf. le site Internet de Cancer Research UK : http://info.cancerresearchuk.org/spotcancerearly/ICBP/.

27. Plus précisément, ce comportement renvoie au "travail de défense" d'une institution (Maguire et Hardy, 2009) face à une menace touchant ses caractéristiques identitaires (Elsbach et Kramer, 1996).

28. Les mêmes données exprimées à parité de pouvoir d'achat indiquent, par exemple, un rattrapage plus rapide du niveau moyen des dépenses de santé dans l'UE-15, et encore plus rapide si l'échantillon est élargi aux pays membres de l'OCDE. Les calculs correspondants sont disponibles auprès de l'auteur.

standard de comparaison pour le Royaume-Uni constitue un choix clairement plus stratégique, en particulier si l'on se réfère aux positions favorables prises par Tony Blair au sujet de l'Union européenne lors de ses mandats. Le choix de la "moyenne" comme indicateur à suivre est toutefois remarquable en soi, dans la mesure où celle-ci exprime une injonction disciplinaire forte, incitant à normaliser une situation à partir du résultat agrégé de toutes les autres : rejoindre la moyenne signifie rejoindre une forme de normalité. Comme l'a très bien montré Sarah Igo dans son étude sur la création de "l'Américain moyen" et de "communautés typiques" par le biais des enquêtes statistiques aux États-Unis, cette injonction peut se matérialiser au niveau des individus et des groupes sociaux dans une multiplicité de domaines (Igo, 2007). [29] L'action publique offre un autre support à cette injonction : lorsqu'une décision politique ou l'évaluation de sa performance se fait en rapport au "niveau moyen" exprimé dans un échantillon de référence, l'appréciation de ce niveau renvoie à une norme performative, construite par le biais d'une simplification statistique dont le pouvoir de contrainte ne tient qu'à son évocation par des figures d'autorité (décideurs, exécutants, experts).

De plus, contrairement au classement EUROCARE dont l'ordinalité reste scientifiquement objectivable, la "moyenne européenne" est un indicateur purement artefactuel : aucun critère objectif ne permet en effet de penser que la tendance centrale des membres de l'UE-15 n'apporte, en elle-même, une garantie de performance publique. De la même manière, aucun choix subséquent, comme celui de ramener la contribution de chaque État-membre à la moyenne européenne à la taille de son activité économique, ne peut renverser l'artificialité du "niveau européen moyen" comme point de référence, inobservable, pour la performance publique. En réalité, l'autorité contenue dans cet indicateur provient entièrement de la puissance économique et politique des démocraties européennes occidentales, laquelle confère à tout indicateur d'une tendance centrale "européenne" sa force de conviction.

Ces observations autorisent à qualifier la décision de Tony Blair de *normalisation performative* du niveau des dépenses de santé britanniques. D'une part, la fixation de la moyenne européenne comme objectif de dépense pour le système de santé britannique est un acte accompli avec la volonté de normaliser la situation du Royaume-Uni en prenant comme point de référence une perception partagée de la normalité. Dans ces circonstances, la réaction du pouvoir britannique au classement EUROCARE est une 'réaction disciplinée' au sens que donne Michel Foucault à la discipline dans *Surveiller et punir* (1975), et que préservent Wendy Espeland et Mitchell Stevens dans leur théorie sociologique de la quantification (Espeland et Stevens, 2009, p. 414–416). D'autre part, en plus de correspondre aux "*actes de parole*" décrits par John Austin dans sa théorie philosophique de cette notion, cette décision correspond également à la définition de la "performativité effective" donnée par Donald MacKenzie dans son adaptation sociologique du terme, dans la mesure où le taux de croissance des dépenses de santé du Royaume-Uni fut effectivement ajusté en fonction de ce point de référence. [30]

29. Merci à Baptiste Coulmont pour son signalement de cette référénce.

30. La "performativité effective" désigne une situation où un élément de connaissance sur une activité sociale est utilisée par les agents et entraîne une modification de la réalité (MacKenzie, 2008, p. 17-18).

3 Conclusion

Le point de départ théorique de cette analyse consistait à interroger l'expression de la discipline dans l'action publique à partir des processus de quantification de la performance des gouvernements. On pense avoir établi que l'effet du classement EUROCARE sur la première réforme néo-travailliste du NHS fut à la fois disciplinaire et performatif. La production du classement était intentionnellement destinée à conduire la conduite des gouvernements, mais ses conséquences furent largement contingente et imprévisible par ses auteurs, ce qui correspond aux relations de pouvoir telles que les décrit Michel Foucault dans le premier tome de son *Histoire de la sexualité* (1984). En revanche, son effet contraignant ne s'est pas exclusivement exercé de l'État vers la société : notre étude de cas dessine plutôt une relation imbriquée, passant par des étapes intermédiaires où le pouvoir disciplinaire s'exprime primordialement dans l'acceptation de la contrainte épistémique du classement par les élites dirigeantes, et dans la normalisation performative du problème public qu'il a contribué à construire.

L'analyse fournit également deux mécanismes d'appréciation statistique, exprimés par les agents au contact des instruments d'action publique mesurant la performance gouvernementale. L'appréciation du classement EUROCARE et de la moyenne européenne renvoient respectivement à leur mesure de l'ordinalité et de la normalité dans des contextes dominés par la quantification de phénomènes complexes mêlant épidémiologie, économie et santé publique ; chaque mesure a ainsi participé à la réactivité des élites dirigeantes, dont la 'réaction disciplinée' est une sous-catégorie (Espeland et Stevens, 2009, p. 412–414). La Figure 5 reprend chacun de ces éléments dans un schéma qui les articule en rappelant les événements et décisions du cas d'étude sur lequel on s'est appuyé.

Un dernier aspect remarquable des phénomènes décrits ici tient dans leur finalité. En définitive, la discipline exprimée par le gouvernement de Tony Blair, entérinant le classement EUROCARE puis s'engageant à atteindre le niveau moyen des dépenses de santé en Europe, sert les objectifs du biopouvoir, c'est-à-dire du gouvernement de la vie et de la mort des populations par l'État (Foucault, 2004). Les sciences sur lesquelles s'appuient les auteurs de l'étude EUROCARE ne sont en effet pas nées à l'extérieur de la sphère d'influence de l'État en vue de lui résister : au contraire, elles sont très directement issues de l'entreprise généralisée de mise en lisibilité des populations par l'appareil étatique Scott (1998). En ce sens, les sciences de gouvernement ayant servi l'extension du contrôle des autorités politiques sur les sociétés qu'elles gouvernent peuvent aussi se révéler contraignantes pour les élites dirigeantes.

Dans une certaine mesure, la biopolitique ne décrit donc pas seulement la transformation dimensionnelle du pouvoir dans le contexte moderne, de l'extérieur vers l'intérieur des populations et des corps : cette transformation, qui s'accompagne des nouvelles contraintes épistémiques produites par la quantification, affecte également la marge de manœuvre des décideurs publics. Cet effet-retour de la biopolitique sur les politiques publiques est susceptible d'exister dans toutes les situations où, comme ce fut le cas au Royaume-Uni, les gouvernements démocratiques décident d'investir dans la quantification de leur propre performance.

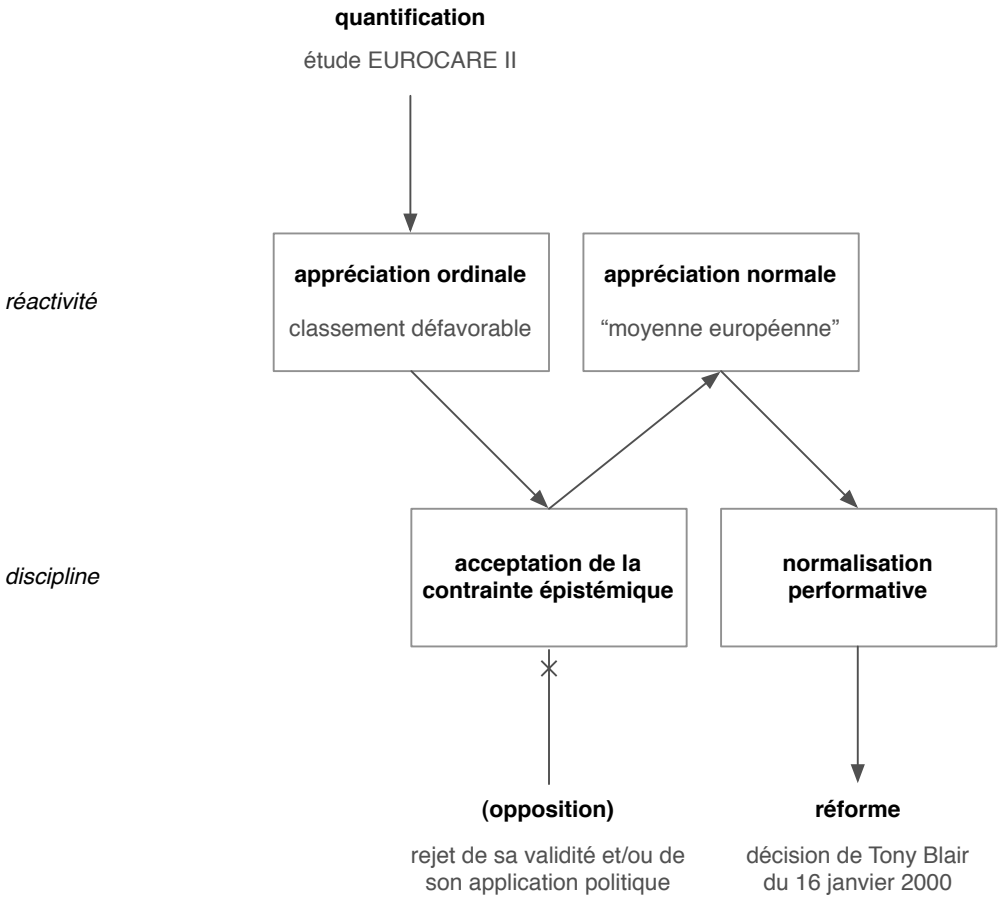


Figure 5 – Résumé des mécanismes détaillés dans l’analyse. Les termes indiqués en marge du schéma renvoient à ceux utilisés par Wendy Espeland et Mitchell Stevens (2009).

Références

Appel, Michael O. 2005. Cancer Plan. Health Policy Monitor Survey (6)2005. Berlin : Bertelsmann-Stiftung.

Armingeon, Klaus et Michelle Beyeler, dir. 2004. *The OECD and European Welfare States*. Cheltenham : Edward Elgar.

Berrino, Franco, Gemma Gatta, E. Chessa, F. Valente, Riccardo Capocaccia et The EUROCARE Working Group. 1998. "Introduction : The EUROCARE II Study." *European Journal of Cancer* 34(14) : 2139–2153.

Berrino, Franco, Riccardo Capocaccia, Jean Estève et Gemma Gatta. 1999. *Survival of Cancer Patients in Europe : The EUROCARE-2 Study*. Lyon : IARC Press.

Bertelli, Anthony M. et Peter John. 2010. "Government Checking Government : How Performance Measures Expand Distributive Politics." *Journal of Politics* 72(2) : 545–558.

Bungay, Hilary. 2005. "Cancer and Health Policy : The Postcode Lottery of Care." *Social Policy & Administration* 39(1) : 35–48.

Coebergh, Jan W., Milena Sant, Franco Berrino et Arduino Verdecchia. 1998. "Foreword : The EUROCARE II Study." *European Journal of Cancer* 34(14) : 2137–2278.

Davis, Kevin E., Angelina Fisher, Benedict Kingsbury et Sally Engle Merry, dir. 2012. *Governance by Indicators : Global Power Through Quantification and Rankings*. Oxford : Oxford University Press.

Davis, Kevin E., Benedict Kingsbury et Sally Engle Merry. 2011. Indicators as a Technology of Global Governance. Working paper 2010/2 Rev. New York : Institute for International Law and Justice.

Dean, Malcolm. 2008. "Media Fingers in the Social Policy Pie – and the Seven Sins of the Reptiles." 15th *Guardian* Lecture, Nuffield College, University of Oxford.

Didier, Emmanuel. 2007*a*. "Do Statistics "Perform" the Economy ?" In *Do Economists Make Markets ? On the Performativity of Economics*, dir. Donald MacKenzie, Fabian Muniesa et Lucia Siu. Princeton : Princeton University Press , p. 276–310.

Didier, Emmanuel. 2007*b*. "Quelles cartes pour le New Deal ? De la différence entre gouverner et discipliner." *Genèses* (68) : 48–74.

Elsbach, Kimberly D. et Roderick M. Kramer. 1996. "Members' Responses to Organizational Identity Threats : Encountering and Countering the Business Week Rankings." *Administrative Science Quarterly* 41(3) : 442–476.

Espeland, Wendy N. et Mitchell L. Stevens. 2009. "A Sociology of Quantification." *Archives Européennes de Sociologie/European Journal of Sociology* 49(3) : 401–436.

Faucher-King, Florence et Patrick Le Galès. 2010. *The New Labour Experiment. Change and Reform under Blair and Brown*. Stanford : Stanford University Press.

Foot, Catherine et Tony Harrison. 2011. *How to Improve Cancer Survival. Explaining England's Relatively Poor Rates*. London : King's Fund.

Foucault, Michel. 1975. *Surveiller et punir*. Paris : Seuil.

Foucault, Michel. 1984. *Histoire de la sexualité, tome 1. La volonté de savoir*. Paris : Gallimard.

Foucault, Michel. 2004. *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France, 1978-1979*. Paris : Seuil.

Gatta, Gemma, Jean Faivre, Riccardo Capocaccia, M. Ponz de Leon et The EUROCARE Working Group. 1998. "Survival of Colorectal Cancer Patients in Europe during the Period 1978–1989." *European Journal of Cancer* 34(14) : 2176–2183.

Greer, Scott L. 2004. *Territorial Politics and Health Policy. UK Health Policy in Comparative Perspective*. Manchester : Manchester University Press.

Greer, Scott L. 2009. *The Politics of European Union Health Policies. Making European Health Policy in Germany, France, Spain and the United Kingdom*. Maidenhead : Open University Press.

Haas, Peter M. 1992. "Epistemic Communities and International Policy Coordination." *International Organization* 46(1) : 1–35.

Hassenteufel, Patrick, Sylvie Delaye, Frédéric Pierru, Magali Robelet et Marina Serré. 2000. "La libéralisation des systèmes de protection maladie européens. Convergence, européanisation et adaptations nationales." *Politique européenne* (2) : 33–46.

Hood, Christopher et Ruth Dixon. 2010. "The Political Payoff from Performance Target Systems : No-Brainer or No-Gainer ?" *Journal of Public Administration Research and Theory* 20(Suppl 2) : i281–i298.

Igo, Sarah E. 2007. *The Averaged American. Surveys, Citizens, and the Making of a Mass Public*. Cambridge : Harvard University Press.

Kilpeläinen, Katri, Arpo Aromaa et ECHIM Core Group, dir. 2008. *European Health Indicators : Development and Initial Implementation. Final Report of the ECHIM Project*. Helsinki : National Public Health Institute.

King's Fund. 2009. *How Cold Will it Be ? Prospects for NHS Funding : 2011–17*. London : King's Fund.

Klein, Rudolf. 2010. *The New Politics of the NHS. From Creation to Reinvention*. 6e éd. Oxford : Radcliffe Publishing.

Kober-Smith, Anémone. 2010. *Le système de santé anglais à l'épreuve des réformes managériales*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes.

Lascoumes, Pierre. 2004. "La gouvernementalité : de la critique de l'État aux technologies de pouvoir." *Le Portique* (13-14).

Lascoumes, Pierre et Louis Simard. 2011. "L'action publique au prisme de ses instruments." *Revue française de science politique* 61(1) : 5–22.

MacKenzie, Donald. 2008. *An Engine, Not a Camera : How Financial Models Shape Markets*. Cambridge : MIT Press.

Maguire, Steve et Cynthia Hardy. 2009. "Discourse and Deinstitutionalization : The Decline of DDT." *Academy of Management Journal* 52(1) : 148–178.

Mahon, Rianne et Stephen McBride. 2009. "Standardizing and Disseminating Knowledge : The Role of the OECD in Global Governance." *European Political Science Review* 1(1) : 83–101.

Manning, Nick. 2004. "Mutual Admiration ? OECD Advice to the UK." In Armingeon et Beyeler (2004) , p. 197–210.

Marcussen, Martin. 2004. "Multilateral Surveillance and the OECD : Playing the Idea Game." In Armingeon et Beyeler (2004) , p. 13–31.

Micheli, Andrea, Jan W. Coebergh, E. Mugno, E. Massimiliani, Milena Sant, W. Oberaigner, J. Holub, H H Storm, D Forman, M Quinn, T Aareleid, R Sankila, T Hakulinen, Jean Faivre, H Ziegler, L Tryggvadottir, R Zanetti, M Dalmas, O Visser, F Langmark, M Bielska-Lasota, Z Wronkowski, P S Pinheiro, D H Brewster, I Plesko, V Pompe-Kirn, C Martinez-Garcia, L Barlow, T Moller, J M Lutz, M Andre et J A Steward. 2003. "European Health Systems and Cancer Care." *Annals of Oncology* 14 Suppl 5 : v41–v60.

Ogien, Albert. 2010. "La valeur sociale du chiffre. La quantification de l'action publique entre performance et démocratie." *Revue française de socio-économie* (5) : 19–40.

Saetnan, Ann R., Heidi M. Lomell et Svein Hammer, dir. 2011. *The Mutual Construction of Statistics and Society*. London : Routledge.

Scott, James C. 1998. *Seeing like a State. How Certain Schemes to Improve the Human Condition Have Failed*. New Haven : Yale University Press.

Secretary of State for Health. 2000. *The NHS Plan. A Plan for Investment. A Plan for Reform*. London : HMSO.

Smee, Clive. 2005. *Speaking Truth to Power*. Oxford : Radcliffe.

Timmins, Nicholas. 2008. *Rejuvenate or Retire ? View of the NHS at 60*. London : Nuffield Trust.

Towse, Adrian et Jon Sussex. 2000. ""Getting UK Health Care Expenditure up to the European Union Mean"—What Does that Mean ?" *British Medical Journal* 320 : 640–642.

Trubek, Louise G., Mark Nance et Tamara K. Hervey. 2008. "The Construction of Healthier Europe : Lessons from the Fight Against Cancer." *Wisconsin International Law Journal* 26(3) : 868–907.

Webster, Charles. 2002. *The National Health Service. A Political History*. 2e éd. Oxford : Oxford University Press.

Wilkinson, Emma. 2009. "Questions Remain over Validity of EUROCARE Data." *Lancet* 374(9694) : 964–965.