



**HAL**  
open science

# Quand l'évaluation modifie les institutions : Comment l'hôpital est transformé par les indicateurs qualité

Hugo Bertillot

► **To cite this version:**

Hugo Bertillot. Quand l'évaluation modifie les institutions : Comment l'hôpital est transformé par les indicateurs qualité. LIEPP Policy Brief, 2015, 20, 10.25647/liepp.pb.20 . hal-01521922

**HAL Id: hal-01521922**

**<https://sciencespo.hal.science/hal-01521922v1>**

Submitted on 12 May 2017

**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 l'évaluation modifie les institutions

## Comment l'hôpital est transformé par les indicateurs qualité.

par **Hugo Bertillot**

[hugo.bertillot@gmail.com](mailto:hugo.bertillot@gmail.com)

Hugo Bertillot est chercheur postdoctoral à l'École des Hautes Études en Santé Publique (équipe MOS) et chercheur associé au Centre de Sociologie des Organisations (CSO), CNRS-Sciences Po

### RÉSUMÉ

Ces dernières décennies, le secteur hospitalier français a fait l'objet de nombreuses réformes, dans l'ambition affichée de rationaliser son fonctionnement. Parmi celles-ci, le déploiement de nouveaux instruments de tarification (T2A) fait l'objet de toutes les attentions et de toutes les critiques. Pourtant, dans l'ombre de ces réformes à forte visibilité, se joue depuis la fin des années 1990 un autre mouvement majeur, opérant à bas bruit autour du déploiement d'instruments d'évaluation de la qualité des soins. Ce policy brief prend pour objet le déploiement d'indicateurs qualité (IQ) dans les établissements français depuis le milieu des années 2000. Construits comme une technologie douce pour rationaliser l'hôpital sans faire de vague, ces instruments colonisent les établissements français avec discrétion. Ils y instillent pourtant des changements décisifs : traçabilité accrue du soin, enracinement local de la médecine des preuves et auditabilité croissante de l'hôpital.

### ABSTRACT

In recent decades, the French hospital sector has undergone many rationalization reforms. Among them, new payment instruments have attracted the most attention and criticisms. Yet, in the shadow of these highly visible reforms, another process has been quietly taking place. Various institutional devices aiming to assess quality of care have been deployed. This policy-brief aims to investigate this silent but decisive evolution, by analyzing the implementation of "quality indicators" (QIs) in French hospitals since the mid-2000s. These instruments have been built as a soft technology carrying a soft rationalization of the hospital sector. They colonize French institutions with discretion. Yet, they instill decisive changes such as an increased traceability of care, a growing local anchorage of evidence-based medicine and an increased auditability of hospitals.

L'hôpital est travaillé depuis plus de vingt ans par de multiples projets de rationalisation, portés par une succession de réformes. Le mouvement le plus visible est incontestablement le déploiement de nouveaux instruments de tarification à l'activité (T2A), reposant sur l'introduction des indicateurs du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). En parallèle de cette rationalisation économique à forte visibilité, un autre mouvement s'épanouit, plus discrètement, autour de la « qualité des soins » (Setbon, 2000). Reposant davantage sur l'engagement des professionnels, ce mouvement autour de la qualité s'est sédimenté dans une variété de dispositifs : certification des établissements de santé, référentiels pour la pratique ou encore évaluation des pratiques professionnelles (Castel & Robelet, 2009).

Depuis le milieu des années 2000, le ministère de la Santé et la Haute Autorité de santé (HAS) ont généralisé des « indicateurs qualité » (IQ) qui se sont imposés dans le secteur hospitalier en quelques années : ils sont utilisés dans la certification, mobilisés dans la

*\* L'auteur adhère à la charte de déontologie du LIEPP disponible en ligne et n'a déclaré aucun conflit d'intérêt potentiel.*

contractualisation régionale, repris par les palmarès, communiqués par les hôpitaux et affichés publiquement sur les sites institutionnels. Loin d'être anodins, ces IQ incarnent une inflexion subtile mais décisive de la trajectoire du mouvement d'évaluation de la qualité des soins, dans la mesure où ils introduisent un recours à la quantification, à la mise en comparaison, à la mise en équivalence des établissements, à partir de la traçabilité des pratiques médicales et des processus organisationnels. Ce policy-brief s'appuie sur une enquête sociologique qualitative (voir encadré méthodologique en annexe) pour analyser comment l'hôpital est transformé par les IQ. Une telle approche ne cherche pas à établir dans quelle mesure la diffusion des IQ a amélioré ou détérioré la qualité des soins à l'échelle macrosociale. En revanche – et c'est une dimension tout aussi importante pour l'évaluation des politiques publiques – elle permet d'analyser les mécanismes sociaux complexes par lesquels les IQ de diffusent et induisent des effets dans les organisations de soin. L'enquête sociologique montre que ces IQ sont nés dans un contexte de défiance, sous la forme d'une technologie douce qui colonise discrètement l'hôpital, autour d'une pluralité d'usages et d'usagers. Ce faisant, les IQ instaurent des changements décisifs : traçabilité accrue du soin, enracinement local croissant de la médecine des preuves, auditabilité toujours plus forte des activités hospitalières.

## 1. De la « crise » à la « mesure » : enjeux institutionnels des indicateurs qualité

Dans quel contexte les pouvoirs publics français ont-ils décidé de « prendre des mesures » au sujet de la qualité des soins ? Quels sont les indicateurs utilisés, et quels sont les objectifs poursuivis à travers leur déploiement dans les hôpitaux ?

### 1.1 Des IQ pour répondre à une crise de confiance multiforme

On peut esquisser à grands traits l'origine des IQ, au croisement de plusieurs mouvements concomitants dans le contexte sanitaire singulier de la fin des années 1990. Le premier de ces mouvements est le fait de la société civile : les publications des premières « listes noires » puis des premiers palmarès des hôpitaux dans la seconde moitié des années 1990 suscitent d'importants remous dans le monde de la santé ; l'affaire de la clinique du Sport éclate en 1997, presque une décennie après les premières contaminations de patients lors d'opérations pratiquées dans des conditions de stérilisation insuffisantes, et entraîne la constitution d'une association représentant les victimes d'infections nosocomiales (Le Lien) qui blâme les responsables sanitaires pour leur incapacité à contrôler effectivement la qualité des établissements ; on assiste plus généralement à

l'essor d'une certaine défiance vis-à-vis des professionnels de la médecine, des gestionnaires des établissements et des institutions publiques chargées de veiller sur la qualité hospitalière. Au début des années 2000, ce mouvement de défiance de la société civile rencontre une deuxième dynamique, portée plutôt par les organisations internationales comme l'OMS et l'OCDE, qui s'emparent de la question de la mesure de la qualité et de l'efficacité des systèmes de santé. Ces deux mouvements en rencontrent également un troisième, plus institutionnel, inscrit dans l'organisation d'une nouvelle forme d'expertise au carrefour de la santé publique et des sciences de gestion, composée de chercheurs qui travaillent sur les bases de données médico-économiques mais aussi sur l'élaboration des référentiels de la qualité, notamment à l'agence nationale d'accréditation des établissements de Santé. Certains de ces experts produisent les premières recensions de démarches étrangères.

Par conséquent, au début des années 2000, il est devenu à la fois possible et impératif pour les pouvoirs publics de justifier d'une action volontariste et transparente dans le domaine de la qualité des soins. En 2003, le ministre de la Santé, Jean-François Mattéi passe commande pour un « palmarès d'Etat » qui permettrait à l'administration de classer avec objectivité les établissements de santé en fonction de la qualité des soins qu'ils prodiguent. La Haute Autorité de Santé, d'abord hésitante à adopter une approche plus « quantifiée » de la qualité, suit le mouvement deux ans plus tard à travers une décision de son Collège qui prévoit d'intégrer des « indicateurs » à sa procédure de certification des établissements.

Ministère et HAS chargent alors plusieurs équipes de recherche [1] d'expérimenter et de valider des indicateurs susceptibles d'être généralisés par l'Etat, selon une méthodologie de projet recherchant le consensus avec l'ensemble des parties-prenantes invitées dans le comité de pilotage (chercheurs-experts, institutions publiques, fédérations hospitalières, sociétés savantes, représentants des usagers). Dès 2005, le ministère de la Santé déploie un « tableau de bord des infections nosocomiales » comprenant cinq IQ à vocation d'affichage public. A partir de 2008, la HAS déploie sept IQ permettant d'évaluer la qualité à partir de la traçabilité des informations dans le dossier patient, mobilisés pour « objectiver » la procédure de certification depuis la toute fin des années 2000. Par un décret d'application de la loi HPST, l'affichage public des résultats des IQ devient une obligation officielle début 2010.

[1] Ces différentes équipes sont aujourd'hui identifiées à travers deux grands projets de recherche : le projet « Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière » (COMPAQH) devenu COMPAQ-HPST et le « Consortium Loire-Atlantique Aquitaine Rhône-Alpes pour la production d'indicateurs en santé » (CLARTE).

C'est donc avant tout pour répondre à des pressions extérieures dans un contexte de défiance que l'Etat s'est lancé dans l'élaboration d'IQ, au cours d'une vaste et complexe entreprise institutionnelle. Cette caractéristique « génétique » des indicateurs marque leurs caractéristiques et leur capacité à affecter le monde hospitalier.

### 1.2. Des instruments pour évaluer et améliorer la qualité hospitalière

Les IQ d'Etat s'attachent à évaluer certaines dimensions de la qualité hospitalière, dans le but affiché de les améliorer. Ils mesurent une dimension du monde empirique, sous la forme d'un score, d'une classe, ou d'un rang, en référence à une norme ou une cible. Sans détailler ici toutes leurs dimensions, il est utile de présenter trois caractéristiques saillantes de ces IQ, bien visibles à travers quatre exemples « typiques » (voir figure 1).

Première caractéristique : ces IQ mesurent *certaines dimensions spécifiques* de la qualité : pour la plupart des indicateurs de processus, ils ne mesurent pas les résultats du soin, mais plutôt l'organisation ou la traçabilité de la prise en charge d'après les informations recueillies dans des documents administratifs (notamment le dossier patient). Si quelques IQ s'approchent davantage d'indicateurs de résultats dans le sens où ils mesurent la traçabilité de pratiques scientifiquement recommandées dans la prise en charge de pathologies spécifiques (comme la prise en charge de l'infarctus du myocarde dans sa phase aiguë), aucun n'est construit pour évaluer le cœur des pratiques médicales ou les résultats du soin en termes de mortalité.

Deuxième caractéristique : ces IQ mesurent la qualité *à l'échelle de l'établissement de santé* plutôt qu'à l'échelle des services ou des praticiens hospitaliers, de manière à ne pas mettre en cause directement des individus ou des équipes comme ont pu le faire les listes noires parues à la fin des années 1990.

Troisième caractéristique : ces IQ donnent lieu à un *affichage public comparatif* des résultats chiffrés, à travers des formes graphiques construites pour mettre en visibilité et en équivalence la qualité. La figure 2 (voir page suivante) est un graphique projeté par l'Agence Régionale de Santé en Aquitaine en 2009. Il présente les résultats de l'ensemble des établissements de la région concernés par l'indicateur de tenue du dossier anesthésique.

Chaque ligne bleue horizontale représente le score d'un établissement (pourcentage de dossiers conformes). L'affichage prend en compte un intervalle de confiance statistique. Les deux lignes rouges verticales représentent l'espace à l'intérieur duquel sont regroupés les 50% des établissements de la norme (au sens statistique), permettant de faire apparaître des

déviant (supérieurs ou inférieurs). A l'arrière-plan est projetée la courbe d'ensemble pour l'année 2006, ce qui permet de mettre en valeur une amélioration des scores.

Les IQ prétendent à la fois évaluer l'état de la qualité en toute objectivité, et permettre de l'améliorer.

## “C'est pour répondre à des pressions extérieures que l'État s'est lancé dans l'élaboration d'indicateurs qualité.”

### 1.3. Transformer l'hôpital... sans faire de vagues

Les palmarès hospitaliers ont servi de contre-modèle dans la construction des indicateurs d'Etat, bâtis dans une logique prudente et consensuelle, de manière à permettre une évaluation qui soit peu conflictuelle. Tout en permettant aux pouvoirs publics de faire la preuve de leur volontarisme, les IQ doivent permettre d'agir sur la qualité par des formes plurielles d'incitations, et sans brusquer les établissements.

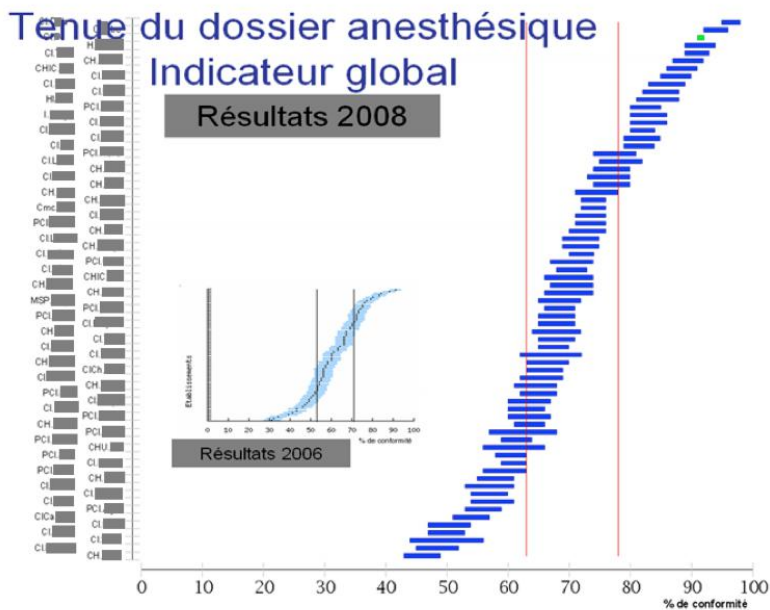
Cette orientation consensuelle des IQ se traduit par les objectifs multiples qui leur sont associés. Ils ont été construits pour pouvoir prétendre servir aux différents acteurs du secteur hospitalier. En premier lieu, les IQ s'attachent à donner une information valide à propos de la

Figure 1. caractéristiques de quatre IQ typiques

Nom de l'indicateur	Dimension	Type	Mode de calcul	Cible en 2012
<b>ICSHA</b> Indicateur de Consommation de Solutions Hydroalcooliques	Hygiène, organisation de la lutte contre les infections nosocomiales	Ressources	Combien de litres de solutions hydroalcooliques ont été achetées par l'hôpital en comparaison de la cible ?	100% = 20 litres pour chaque 1000 jours d'hospitalisation
<b>SURVISO</b> Surveillance des Infections du Site Opératoire	Prévention des infections de site opératoire	Processus	Y-a-t-il une surveillance épidémiologique des patients après une opération, dans les différents services de chirurgie de l'hôpital, en comparaison de la cible ? (score/100)	100% = surveillance dans tous les services pratiquant des activités de chirurgie
<b>IPAQSS DAN</b> Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins - Dossier anesthésique	Qualité de la prise en charge anesthésique	Processus	Qualité de la prise en charge durant l'anesthésie, telle que tracée dans le dossier anesthésique. Trouve-t-on la traçabilité des informations jugées nécessaires ? (score de conformité / 100)	90% de conformité dans les dossiers tirés au sort
<b>IPAQSS IDM</b> Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins - Infarctus du myocarde - phase aiguë	Qualité de la prise en charge de l'infarctus du myocarde	Processus / résultat ?	Qualité de la prise en charge des patients atteints d'infarctus du myocarde, telle que tracée dans le dossier patient. Trouve-t-on traçabilité de 6 critères de bonne pratique correspondant aux connaissances actuelles dans le dossier ? (score de conformité / 100)	90% de conformité dans les dossiers tirés au sort



Figure 2. Comparaison inter-établissement



qualité à tout patient devant choisir un hôpital, selon un principe de démocratie et de transparence : un site internet ministériel, *PLATINES*, a été créé en 2006 pour afficher publiquement ces informations, qui sont par ailleurs mises à disposition par tous les établissements et repris dans la plupart des palmarès hospitaliers [2]. En 2010, l'usage effectif des indicateurs par les patients n'est toutefois pas démontré (Bras et al., 2010). En deuxième lieu, les IQ sont présentés comme un instrument de régulation du système hospitalier. Les IQ sont intégrés depuis 2009 au processus de certification des établissements par la HAS, dans l'objectif de renforcer son objectivité. Selon leurs promoteurs, les IQ peuvent également être mobilisés par les Agences régionales de Santé dans leurs contrats de gestion avec les hôpitaux. Toutefois, les sanctions institutionnelles en cas de mauvais résultats restent peu claires : si le décret d'application de la loi HPST prévoit que les établissements qui ne publieront pas les résultats de leurs IQ pourront être amputés de 0,1% de leur budget, les conséquences en cas de publication de *mauvais* résultats restent floues et soumises à l'appréciation de chaque Agence régionale de Santé. En troisième lieu, les IQ sont présentés comme un levier interne pour l'amélioration de la qualité à l'échelle des établissements, pouvant équiper tous les acteurs mobilisés sur cette thématique : directeurs en charge de la qualité, acteurs en charge de la qualité et de la gestion des risques, médecins et infirmiers hygiénistes, professionnels participant aux différents comités de la qualité.

Ces différentes caractéristiques des IQ sont le fruit d'un vaste et complexe jeu de négociations au cours de leur construction à l'échelle

institutionnelle. Cette « prudence » dans la démarche, qui contraste avec l'accueil réservé aux premiers palmarès hospitaliers, révèle à quel point la capacité de ces indicateurs à s'imposer à l'intérieur des établissements de santé est loin d'aller de soi.

## 2. L'hôpital rationalisé en douceur : usages et effets locaux des indicateurs qualité

Comment les indicateurs qualité parviennent-ils à s'implanter dans les bureaucraties professionnelles ? Quels changements induisent-ils à l'hôpital ?

### 2.1. Des établissements progressivement colonisés par les indicateurs qualité

Depuis le début des années 2000, les IQ s'enracinent de manière croissante à l'intérieur des hôpitaux français, dans le terreau favorable de tout un « écosystème » de la qualité (Benamouzig et al., 2010). Pour répondre aux nouvelles régulations de la qualité, les établissements ont formalisé une politique de qualité et de gestion des risques, créé des « cellules » ou « services » chargés de la mettre en œuvre, et recruté des acteurs spécialisés dans les principes et les méthodologies d'évaluation. Ces nouveaux « experts » de la qualité se sont saisis des IQ pour renforcer leur légitimité encore fragile à l'intérieur des établissements. Ils parviennent à mobiliser dans leurs démarches un ensemble plus vaste de soignants participant aux différentes instances transversales comme le comité de lutte contre les infections nosocomiales ou le comité de lutte contre la douleur. Au sein des « écosystèmes » locaux de la qualité, les IQ donnent lieu à une pluralité d'usages : ils sont mobilisés par les experts pour mener la politique qualité en nourrissant des tableaux de bord de gestion ou des documents de communication ; ils

**“Au sein des "écosystèmes" locaux de la qualité, les indicateurs donnent lieu à une pluralité d'usages.”**

servent à certains cadres de santé et à certaines infirmières pour imposer aux médecins le respect des obligations légales en matière de prescription médicamenteuse ; ils sont utilisés par certains segments médicaux (anesthésistes, cancérologues, internistes) pour évaluer la qualité de leurs pratiques mais aussi pour se distinguer de praticiens moins engagés dans ces démarches et avec lesquels ils entretiennent une rivalité. Dans leur diversité, ces acteurs adhèrent plus franchement que leurs collègues à la démarche qualité et à ses logiques. Ils voient d'un bon œil son développement, et sont convaincus des progrès qu'elle représente pour la prise en charge des patients, pour l'amélioration des pratiques ou de l'organisation de leur établissement.

[2] Cette plateforme a été remplacée en 2013 par une nouvelle plateforme intitulée Scope Santé.

Dans une moindre mesure, les IQ sont aussi utilisés au-delà du « premier cercle » de soignants qui adhèrent fortement à la démarche qualité. Si les directeurs d'établissement sont souvent dubitatifs par rapport à l'utilité de ces indicateurs de processus, ils prennent très au sérieux les usages que peuvent en faire l'administration, les patients et les auteurs des palmarès hospitaliers. Ils développent ainsi une forme d'adhésion paradoxale, moins motivée par la conviction que par une forme d'« intérêt bien compris » et, ce faisant, collaborent activement à la colonisation de leurs établissements par ces dispositifs. D'autres soignants sont peu investis dans les démarches de qualité et moins familiers avec ces IQ auxquels ils sont toutefois exposés occasionnellement par d'autres.

L'implantation locale des IQ trouve ses limites dans leurs difficultés à prendre racine au-delà de ces « écosystèmes » élargis de la qualité. Un nombre important de médecins reste à distance de la qualité, bien souvent assimilée à une démarche « bureaucratique » découplée du cœur des pratiques médicales. Certains praticiens perçoivent même ces IQ d'Etat comme des dispositifs menaçants, porteurs d'un contrôle externe vis-à-vis duquel ils se montrent méfiants. Une certaine variété de profils professionnels compose ce groupe d'incrédules : les chirurgiens y sont davantage représentés que les médecins ; on y retrouve des cadres de santé ou des infirmiers, le plus souvent en fin de carrière ; la plupart de ces professionnels restent en marge des instances transversales de gestion de leur établissement. Leur positionnement se traduit par une critique argumentée de la méthodologie de construction des IQ et par des stratégies d'évitement.

Si elle est opérée dans la discrétion, la colonisation des établissements par l'évaluation de la qualité est loin d'être neutre. Dans une tension entre usages bureaucratiques et locaux (Bérard et al., 2009), les IQ portent une rationalisation des établissements de santé qui peut être mise en évidence à travers plusieurs dynamiques locales.

## 2.2. Une traçabilité accrue des activités hospitalières

Les IQ sont explicitement bâtis de manière à évaluer et renforcer la traçabilité des pratiques médicales. Cet aspect renvoie à une dimension classique de la figure de la rationalisation industrielle, qui s'attache à formaliser les activités dans le but de les « organiser », de les « mesurer », et *in fine* de pouvoir les contrôler. Dans tel hôpital public, les médecins anesthésistes ont transformé la structure de leurs dossiers pour mieux intégrer les critères évalués par l'indicateur de tenue du dossier

anesthésique ; dans tel hôpital privé, c'est la structure du dossier patient utilisé dans les différents services qui est progressivement reprise et « harmonisée » pour veiller à la présence de toutes les pièces devant être transmises au médecin traitant à la fin de l'hospitalisation, afin d'améliorer le score de l'établissement à l'indicateur de tenue du dossier patient ; dans telle clinique privée, l'accent est mis depuis le milieu des années 2000 sur l'informatisation des dossiers, afin d'améliorer la traçabilité des prescriptions médicamenteuses, qui apparaît insuffisante à travers les différents IQ.

Cette traçabilité accrue vient également renforcer des démarches de rationalisation professionnelle. Certains aspects longtemps considérés comme « périphériques » des activités de soin prennent de l'importance dès lors que leur trace

**“Les acteurs hospitaliers se sont acclimatés aux pratiques d'évaluation exogènes, perçues comme une évolution aussi profonde qu'inexorable”**

écrite dans le dossier patient fait l'objet d'une évaluation ciblée par un IQ. A travers un mécanisme bien identifié dans la littérature, la « commensuration » renforce et transforme l'attention portée sur les informations évaluées. Ce qui est mesuré en vient à compter

d'avantage aux yeux des professionnels. Par exemple, l'indicateur concernant la réunion de concertation pluri-disciplinaire en cancérologie, qui évalue sa traçabilité dans le dossier patient, a contribué à systématiser la tenue de ces réunions jugées essentielles du point de vue de l'évaluation. L'indicateur de traçabilité de la lutte contre la douleur a également contribué à systématiser la pratique de l'évaluation de la douleur et renforcé le rôle des comités de lutte contre la douleur.

La traçabilité donne ainsi lieu à des perceptions contrastées. Elle peut d'abord être perçue comme une évolution négative, participant d'une intensification et d'une « déshumanisation » du travail de soins. L'essor des enjeux de qualité et de traçabilité constitue notamment un facteur clé de reconfiguration du travail infirmier, susceptible de créer des tensions dans le travail au quotidien. Le même type de perception est partagé par certains médecins et chirurgiens qui soulignent l'impact négatif des processus de traçabilité en raison de leur caractère « chronophage ». La traçabilité peut toutefois aussi être perçue plus positivement, comme une évolution nécessaire. Certains acteurs considèrent qu'en dépit des contraintes, elle peut avoir un impact positif sur la coordination des soins, en améliorant la fiabilité et la transmission des informations concernant les patients. Les anesthésistes soulignent par exemple l'importance de la traçabilité de l'évaluation des risques préopératoires pour éviter les accidents médicaux. Certains parmi les professionnels plus distants des IQ reconnaissent, parfois à demi-mot, qu'il s'agit d'un enjeu important irréductible à sa seule dimension de contrainte.

### 2.3. L'enracinement local d'une approche evidence-based de la médecine

Ces enjeux de traçabilité renvoient aussi à l'essor d'une approche de la médecine prenant des formes nouvelles, plus quantifiées, plus normalisées et plus collégiales. Permettant des analyses transversales, justifiés par les enjeux de coordination des soins, les IQ sont mobilisés par les professionnels du « premier cercle » dans un cadre collectif, de manière transversale au sein des différents « comités » qui déclinent la politique qualité. En véhiculant des raisonnements nouveaux au sein des hôpitaux, les indicateurs ont un effet propre sur la cognition des acteurs professionnels. Ils contribuent à porter une approche plus transversale du soin dans des pratiques médicales, pendant longtemps conçues plutôt à l'aune du bénéfice individuel pour le patient. Par exemple, l'indice composite de bon usage des antibiotiques contribue à transformer les pratiques de prescription d'antibiotiques : depuis quelques années, les établissements mesurent leur consommation et la comparent aux moyennes des établissements comparables. Pour les praticiens, réduire le volume d'antibiotiques prescrits implique de cesser de raisonner uniquement en termes de « bénéfice individuel » pour un patient singulier (maximiser les chances d'éviter une infection), afin d'intégrer un risque par nature collectif (éviter l'émergence de germes résistants, pouvant causer des infections graves à d'autres patients). La mise en regard des taux d'infection et des évolutions de consommation d'antibiotiques permet de développer un raisonnement de nature épidémiologique à l'échelle locale, dans une approche typique de la santé publique.

Plus généralement, les IQ s'intègrent dans un ensemble de dispositifs qui promeuvent l'acceptation d'un regard collectif sur la pratique professionnelle individuelle, comme les évaluations de pratique professionnelle ou les « revues de morbidité mortalité », qui consistent en l'analyse collective par l'équipe médicale et paramédicale d'un « événement problématique », à partir de l'ensemble des traces matérielles de la prise en charge, et notamment la traçabilité des informations dans le dossier patient. Cette analyse collective a pour but d'améliorer la prise en charge à l'avenir dans ce type de situation problématique. Ce type de dispositif est marqué par une forme d'ambivalence entre ce qui peut être perçu comme un procédé normatif et anxio-gène (un « tribunal »), et une logique d'apprentissage collectif dans le respect des praticiens.

### 2.4. L'« auditabilité » croissante des établissements de santé

Comme d'autres instruments de classement, les IQ s'apparentent également à des dispositifs de surveillance et de normalisation qui ont tendance à discipliner les acteurs professionnels en leur faisant intérioriser, dans une certaine mesure et par une

pluralité de mécanismes, les logiques de mise en comparaison des établissements de santé. Les IQ induisent ainsi une acceptation prudente de la mise en transparence des hôpitaux par les professionnels. S'ils n'ont pas tous changé en profondeur leurs pratiques au quotidien, les acteurs hospitaliers se sont progressivement acclimatés aux jugements externes et aux pratiques d'évaluation exogènes, qui sont perçus comme une évolution sociale aussi profonde qu'inexorable, à laquelle ils peuvent de moins en moins échapper.

Cette dynamique d'auditabilité est controversée : les promoteurs des IQ voient dans cette instrumentation un outil supplémentaire au service d'une efficacité accrue des organisations de soins, là où ses détracteurs les conçoivent plutôt comme un cheval de Troie de logiques néo-managériales dont l'épanouissement s'accompagne de dérives bureaucratiques porteuses d'effets pervers, d'un désenchantement du monde hospitalier et de l'avènement d'un système de santé dans lequel chaque maillon de la chaîne d'action publique hospitalière cherche de plus en plus à couvrir ses arrières dans le contexte d'une intensification des activités médicales.

Qu'ils la perçoivent comme une dynamique positive ou négative, les acteurs professionnels anticipent une demande croissante d'informations de la part des patients comme des institutions publiques régionales et nationales en charge de la régulation. Sous la forme prudente d'indicateurs d'Etat jugés plus valides que les mesures publiées dans les palmarès, cette mise en transparence est progressivement acceptée par les acteurs qui choisissent de participer activement au « premier cercle » de la qualité, alors qu'il devient plus difficile pour les autres acteurs de résister ouvertement au mouvement.

## Conclusion

En une petite décennie, les IQ se sont discrètement imposés dans le paysage hospitalier, où ils contribuent à faire évoluer les établissements vers une formalisation de leurs activités, une traçabilité accrue, et une auditabilité croissante. En d'autres termes, ils rationalisent l'hôpital... en douceur (Bertillot, 2014). Cette dynamique entretient des rapports complexes avec le mouvement concomitant de rationalisation économique : l'engagement dans la qualité doit beaucoup à une forme d'anxiété par rapport à la pérennité des établissements, qui vivent bien souvent les deux mouvements comme des injonctions contradictoires. Aujourd'hui, ces IQ commencent à être intégrés dans la tarification hospitalière, à travers des mécanismes de « paiement à la qualité » présentés comme une manière d'équilibrer la tarification à l'activité et de valoriser la qualité. Ce type de mécanisme est expérimenté depuis plusieurs années dans des établissements-pilotes sous l'égide du ministère de la Santé et du projet COMPAQ-HPST. En avril 2015, il a donné lieu pour la première fois à un



financement complémentaire, concernant 490 établissements de santé. Ces évolutions récentes soulèvent plusieurs questions épineuses. D'abord, la difficulté de s'appuyer sur les IQ existants, forcément partiels puisque mesurant uniquement certaines dimensions et certains processus. Ensuite, la question des risques accrus de gaming – stratégies d'amélioration des scores sans améliorer effectivement les pratiques – lié à l'usage financier. Enfin, celle des conséquences locales incertaines d'un tel durcissement des usages d'indicateurs bâtis dans une approche plurielle et prudente de l'évaluation, importante jusqu'ici pour leur capacité à mobiliser les acteurs hospitaliers ■

## Références

- Benamouzig, D., Robelet, M., Bertillot, H., Levif, M., Velpy, L. (2010). *La généralisation des indicateurs de qualité en Aquitaine. Entre contraintes et apprentissages. Une étude sociologique*. Rapport pour la Haute autorité de Santé
- Bérard, E., Gloanec, M., & Minvielle, E. (2009). Usages des indicateurs de qualité en établissement de santé. *Journal d'Economie Médicale*, 27(1-2), 5–20.
- Bertillot, H. (2014). *La rationalisation en douceur. Sociologie des indicateurs qualité à l'hôpital*. Thèse de sociologie de l'Institut d'Etudes Politiques de Paris.
- Bras, P.-L., Gohet, P. et Lopez, A. (2010), *Rapport sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé*, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales.
- Castel, P., & Robelet, M. (2009). Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usages des recommandations de pratiques cliniques. *Journal d'économie Médicale*, 27(3), 98–115.
- Setbon, M. (2000). La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective? *Sociologie Du Travail*, 42(1), 51–68.

### Méthodologie : une enquête sociologique à trois volets

Cette note s'appuie sur une enquête qualitative réalisée dans le cadre d'une thèse de sociologie de l'action publique consacrée au déploiement des IQ en France. La méthodologie adoptée articule trois volets empiriques complémentaires.

1. **Une enquête par entretiens auprès des acteurs institutionnels** qui ont participé au développement de ces indicateurs en France (n=49) : ministère de la Santé, Haute Autorité de santé, chercheurs en gestion et en santé publique développant les indicateurs, fédérations hospitalières, sociétés savantes d'anesthésie-réanimation, structures régionales mobilisées sur la qualité, etc. Ces entretiens ont permis de retracer la genèse de ces IQ et d'en saisir les enjeux institutionnels.

2. **Une analyse bibliographique d'un ensemble de sources écrites** (n=170) retraçant le déploiement d'indicateurs qualité hospitalière en France depuis 1997 : rapports institutionnels, articles dans des revues scientifiques, publications dans des revues professionnelles. Ces documents ont été analysés de manière qualitative, et comptabilisés pour certains d'entre eux afin d'objectiver acteurs, savoirs et débats autour de ces indicateurs qualité. Recoupée avec les entretiens institutionnels, cette analyse bibliographique a permis d'objectiver le contenu technique et cognitif de ces indicateurs et de compléter les connaissances concernant leur déploiement à l'échelle nationale.

3. **Une enquête sur site dans quatre établissements** sélectionnés pour être comparables (de par leur taille moyenne et leurs activités MCO) tout en présentant une certaine hétérogénéité (de statuts, de contextes, et d'environnements institutionnels). L'enquête, à forte dimension monographique, a surtout reposé sur la réalisation d'entretiens (n=92) auprès des différents acteurs hospitaliers concernés par le déploiement des IQ (directeurs, médecins, responsables qualité, cadres de santé, personnels infirmiers), qui ont été interrogés sur leurs activités et leur perception de la démarche qualité en général et des indicateurs d'Etat en particulier. Ces entretiens ont été complétés par des observations *in situ* et des analyses documentaires. Ces enquêtes monographiques permettent de saisir les processus par lesquels ces indicateurs sont susceptibles d'affecter les organisations hospitalières à un niveau local. En comparant une variété d'établissements, l'enquête est à même de saisir les *singularités* et les contingences locales, mais aussi les *traits génériques* de l'implantation des indicateurs qualité et des dynamiques qu'ils véhiculent.





***Le LIEPP (Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques) est un laboratoire d'excellence (Labex).  
Ce projet est distingué par le jury scientifique international désigné par l'Agence nationale de la recherche (ANR).  
Il est financé dans le cadre des investissements d'avenir.  
(ANR-11-LABX-0091, ANR-11-IDEX-0005-02)***

***[www.sciencespo.fr/liepp](http://www.sciencespo.fr/liepp)***

Si vous voulez recevoir les prochains échos du LIEPP et rester informés de nos activités, merci d'envoyer un courriel à: [liepp@sciencespo.fr](mailto:liepp@sciencespo.fr)

**Directeurs de publication:**

Bruno Palier  
Etienne Wasmer

**Maquette:**

Alexandre Biotteau  
Jessica Flakne

Sciences Po - LIEPP  
27 rue Saint Guillaume  
75007 Paris - France  
+33(0)1.45.49.83.61