



HAL
open science

Des indicateurs pour gouverner la qualité hospitalière. Sociogenèse d'une rationalisation en douceur

Hugo Bertillot

► **To cite this version:**

Hugo Bertillot. Des indicateurs pour gouverner la qualité hospitalière. Sociogenèse d'une rationalisation en douceur. *Sociologie du Travail*, 2016, 58 (3), pp.227 - 252. <10.4000/sdt.1133>. <hal-02188042>

HAL Id: hal-02188042

<https://sciencespo.hal.science/hal-02188042v1>

Submitted on 18 Jul 2019

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

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



HAL Authorization

Prix du jeune auteur 2015

Des indicateurs pour gouverner la qualité hospitalière. Sociogénèse d’une rationalisation en douceur

Governing Hospital Quality through Indicators: The Sociogenesis of a “Soft Rationalization”

Hugo Bertillot

*École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) et Centre de sociologie des organisations (CSO),
UMR 7116 CNRS et Sciences Po, 19, rue Amélie, 75007 Paris, France*

Disponible sur Internet le 29 juillet 2016

Résumé

Le secteur hospitalier français est affecté par de multiples réformes prétendant optimiser sa gestion. Dans l’ombre du déploiement de nouveaux instruments de tarification inspirés des logiques du *New Public Management*, des dispositifs d’évaluation de la qualité des soins sont discrètement généralisés, parmi lesquels des indicateurs censés évaluer la qualité hospitalière. Nourris de savoirs diversifiés, équivoques dans leurs usages, ces indicateurs sont suffisamment plastiques pour ne pas brusquer les professionnels de santé. Ils n’en constituent pas moins une technologie normative robuste, déployée à grande échelle, qui s’est imposée en profondeur dans la régulation hospitalière. Cet article retrace la sociogénèse de ces indicateurs de qualité sur une vingtaine d’années. L’idée que les hôpitaux doivent rendre des comptes en matière de qualité a émergé comme un motif d’action publique à la fin des années 1990, dans un contexte marqué par les infections nosocomiales, la mobilisation de patients et les palmarès hospitaliers des médias. Dans les années 2000, experts et régulateurs ont dû inventer une réponse acceptable à ces pressions en faveur de l’« auditabilité », sous la forme d’une instrumentation aux caractéristiques singulières. Notre analyse de la sociogénèse discrète, prudente et incrémentale des indicateurs de qualité montre comment une entreprise de rationalisation gestionnaire a pu s’épanouir *en douceur* dans la régulation d’un secteur à dominante professionnelle.

Mots clés : Action publique ; Santé ; Hôpital ; Indicateurs ; Quantification ; Auditabilité ; Rationalisation

Adresse e-mail : hugo.bertillot@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.soctra.2016.06.010>

Abstract

Many reforms claiming to optimise hospital management have been introduced into the French healthcare system. In the shadow of highly visible and much criticised reforms, such as new health service pricing instruments inspired by New Public Management principles, another process is quietly taking place, through the implementation of various institutional devices to evaluate quality of care. These “quality indicators” are based on managerial as well as professional criteria. Constructed as a “soft” assessment mechanism, they nevertheless constitute a robust auditing technique, which has been carefully but widely disseminated to hospitals throughout the healthcare sector. This article retraces the sociogenesis of quality indicators over the last two decades. The idea of hospital accountability first emerged in the late 1990s, in a context characterised by nosocomial infections, patient activism and media-based hospital rankings. In the 2000s, experts and hospital regulators had to come up with an acceptable response to external pressure for accountability, which shaped the singular characteristics of these instruments. We argue that throughout this discreet process of sociogenesis, quality indicators allowed French regulatory institutions to take a softly-softly approach to the rationalisation of hospital activities, while buffering conflicts with health professionals.

Keywords: Public Policy; Health Care; Hospitals; Indicators; Quantification; Auditability; Rationalization

Depuis plusieurs décennies, le secteur hospitalier français est affecté par des réformes prétendant optimiser son organisation et sa régulation (Moisdon, 2000 ; Pierru, 2007), faisant de ce secteur un véritable laboratoire des démarches de rationalisation gestionnaire. Parallèlement au déploiement à forte visibilité d’instruments de tarification inspirés des logiques du *New Public Management* (Belorgey, 2010), des dispositifs d’évaluation de la qualité des soins ont été discrètement généralisés par les pouvoirs publics depuis la fin des années 1990 (Robelet, 2002), parmi lesquels des indicateurs de qualité censés mesurer la qualité des prises en charge. Austères et techniquement complexes, les indicateurs de qualité évaluent la structuration des établissements dans la lutte contre les infections nosocomiales, la traçabilité des activités médicales et paramédicales dans le dossier patient, ou encore la conformité des pratiques aux normes professionnelles et bureaucratiques. Ces dispositifs sont censés informer les patients, doter les gestionnaires et les professionnels d’outils pour améliorer la qualité des soins et rationaliser la régulation du secteur. Ils sont de plus en plus utilisés pour comparer les établissements et afficher publiquement l’évaluation des prises en charge. Leurs usages en termes de contractualisation et de tarification hospitalière sont en train de s’imposer. Aujourd’hui tenus pour acquis à l’échelle du secteur hospitalier, ces indicateurs de qualité sont loin d’être neutres : leurs critères d’évaluation correspondent à des choix techniques et politiques ; leurs usages sociaux sont le fruit de mobilisations, de négociations et de glissements institutionnels progressifs.

Cet article retrace la genèse de l’action publique par les indicateurs de qualité depuis une vingtaine d’années. L’étude de cette dynamique a d’autant plus d’intérêt qu’elle prend place dans un secteur où la capacité d’une rationalisation « industrielle » à s’imposer est loin d’aller de soi (Gadrey, 1994), en raison de l’autonomie traditionnellement forte de la profession médicale (Hassenteufel, 1997) et des formes d’organisation particulières qui caractérisent les bureaucraties professionnelles (Mintzberg, 1982). Or, les auteurs qui ont étudié les transformations induites par les instruments d’évaluation à l’hôpital soulignent surtout leur caractère contraignant et hétéronome : le *New Public Management* met l’hôpital « sous pression » (Belorgey, 2010), voire « en réanimation » (Mas et al., 2011), en incarnant le « modèle néolibéral » qui se

déploie dans les politiques publiques hospitalières (Pierru, 2013). En cela, ils rejoignent, plus généralement, les travaux qui expliquent la propagation de la forme gestionnaire par l'action volontariste d'un État réformateur (Le Galès et Scott, 2008), la diffusion d'un nouvel « esprit gestionnaire » (Ogien, 1995), emprunt des logiques du secteur privé, vers toutes les sphères de l'activité sociale. En analysant de manière stimulante la propagation transversale de nouvelles formes de calculabilité, de prévisibilité et de commensurabilité, ces travaux ont tendance à mettre en avant des mécanismes généraux, linéaires et spontanés, parfois désincarnés et brutaux, qui laissent dans l'ombre les mécanismes d'émergence et de diffusion différenciés selon les contextes institutionnels et les configurations sectorielles. Leur répondent des travaux qui accordent plus d'intérêt aux contingences, et saisissent les rationalisations gestionnaires comme l'agencement de mécanismes locaux dépendant des situations étudiées (Crozier et Friedberg, 1977 ; Segrestin, 1997 ; Castel et Merle, 2002). L'attention salutaire alors accordée aux différences contextuelles, aux jeux organisationnels et aux mécanismes concrets de propagation peut toutefois avoir pour conséquence de diluer la « charge propre » des instruments d'évaluation dans les jeux de pouvoir qui marquent inexorablement leur élaboration et leur déploiement. Dans cet article, nous voudrions contribuer à la compréhension des mécanismes par lesquels de telles entreprises de rationalisation gestionnaire peuvent s'épanouir dans des univers à dominante professionnelle, à la lumière de l'étude empirique fouillée de la sociogenèse des indicateurs de qualité à l'hôpital (voir l'Encadré 1).

L'idée que nous défendons ici est la suivante : une démarche de rationalisation peut s'imposer dans un secteur qui lui est hostile en prenant forme *en douceur*. En effet, saisir les grandes étapes de l'invention-conception-institutionnalisation des indicateurs de qualité conduit à retracer la trajectoire d'une entreprise collective, hésitante et négociée, qui aboutit néanmoins au déploiement étatique massif d'instruments normatifs porteurs de discipline. En d'autres termes, la douceur — entendue ici comme la recherche incrémentale du compromis, la discrétion institutionnelle et la dilution des tensions dans des ambiguïtés instrumentales — constitue un mode opératoire puissant quoique méconnu de la rationalisation gestionnaire. Pour comprendre comment ce processus a pu s'épanouir, il faut saisir qu'il a été déployé dans l'ombre de l'introduction d'instruments de tarification à l'activité (T2A) sur lesquels se sont largement focalisées les mobilisations sociales du secteur hospitalier. D'autre part, il faut admettre que cette histoire n'est pas seulement celle de l'« instrumentation » (Lascombes et Le Galès, 2004) déployée dans les années 2000. L'action publique par les indicateurs de qualité repose sur un ensemble composite d'acteurs sociaux, de techniques et de raisonnements, qui se mettent en mouvement dès la fin des années 1990, autour d'une idée : celle que l'hôpital doit être « auditable » (Power, 2005) en matière de qualité. C'est pourquoi cette trajectoire institutionnelle se laisse mieux saisir comme celle d'un « motif cognitif », « composition de parties, intégrant des éléments cognitifs, sociaux et matériels, dont l'organisation plus ou moins réussie produit des effets de conviction », des « systèmes socialement organisés de bonnes raisons » (Benamouzig, 2005, pp. 11–12), c'est-à-dire comme des « éléments cognitifs composites dont les formes objectives consistent en un assemblage variant selon les usages » (Benamouzig, 2014, p. 109). Sujets aux variations, les motifs n'en sont pas moins dotés d'une force propre, résidant dans les formes, les savoirs, ou la matérialité qui les composent, susceptibles de leur conférer une certaine autonomie dans l'action par rapport aux différents usages sociaux dont ils font l'objet. Retracer la sociogenèse de cette entreprise de rationalisation revient à suivre le fil rouge des compositions et recompositions du motif cognitif en faveur de l'« audibilité » des hôpitaux. Pour ce faire, nous montrons d'abord comment l'audibilité des hôpitaux s'impose comme un motif d'action publique dans la seconde moitié des années 1990 (section 1), puis comment les indicateurs de qualité sont prudemment institutionnalisés dans les

Encadré 1 : Méthodologie d'enquête

Cet article est issu d'une thèse consacrée aux processus de transformation que les indicateurs de qualité induisent dans le secteur hospitalier (Bertillot, 2014). Ancrée dans la sociologie de l'action organisée (Musselin, 2005), l'approche méthodologique mobilisée prend au sérieux la dimension instrumentale (Lascoumes et Le Galès, 2004) et cognitive (Benamouzig, 2005) de ces indicateurs. La thèse saisit cette action publique depuis sa genèse institutionnelle, dont il est question dans cet article, jusqu'à son déploiement dans les établissements, qui ne sera pas abordé ici.

Plus précisément, l'article s'appuie sur deux corpus de données empiriques, constitués de manière parallèle :

- Une cinquantaine d'entretiens réalisés entre 2009 et 2012 auprès des acteurs institutionnels qui ont participé au développement de ces indicateurs en France : acteurs du ministère de la Santé et de la Haute Autorité de Santé (HAS), chercheurs en gestion et en santé publique développant les indicateurs, représentants des fédérations hospitalières, des sociétés savantes d'anesthésie-réanimation, des structures régionales mobilisées sur la qualité, journalistes à l'origine des palmarès hospitaliers, représentants des usagers. Ces divers acteurs ont été interrogés sur la place qu'ils ont tenue dans l'histoire des indicateurs de qualité en France ainsi que sur la manière dont ces instruments ont vu le jour et se sont imposés au fil du temps.
- L'analyse bibliographique d'un corpus de 170 sources écrites retraçant le déploiement des indicateurs de qualité en France entre 1997 et 2012 : rapports institutionnels, articles dans des revues scientifiques, publications dans des revues professionnelles. Ces documents ont permis d'identifier les acteurs et les institutions pertinents, de retracer les débats autour de la quantification, d'objectiver le contenu technique et cognitif de ces indicateurs.

Les propos recueillis lors des entretiens ont été croisés avec les informations révélées par les sources écrites, de manière à restituer aussi fidèlement que possible la trajectoire institutionnelle de cette action publique par les indicateurs.

années 2000 (section 2), avant d'analyser les caractéristiques techniques et cognitives qui font d'eux une douce technologie de gouvernement (section 3).

1. Les hôpitaux doivent rendre des comptes : émergence d'un motif d'action publique

Le premier moment de cette histoire prend place entre le milieu des années 1990 et le début des années 2000, à une époque où ni les « instruments » ni la « politique » qu'ils équipent ne sont encore formulés comme tels. C'est alors une idée, au contenu incertain et composite, qui émerge comme un problème public : les hôpitaux doivent rendre des comptes sur la qualité de leurs

prises en charge, et l'État se doit d'y veiller¹. Durant cette période séminale, les principes et les premiers outils sont progressivement explorés et travaillés par un petit nombre d'entrepreneurs de la mesure ; le motif cognitif en faveur de l'auditabilité de la qualité à l'hôpital connaît ses premières compositions. Son émergence se joue pour partie dans des mobilisations sociales sur la scène publique, et pour partie dans des espaces d'expertise plus confinés.

1.1. Des mobilisations en faveur de l'« auditabilité »

La fin des années 1990 est marquée par des mobilisations en faveur de l'idée que les hôpitaux devraient rendre compte publiquement de la qualité de leurs prises en charge. Deux mouvements convergent pour faire de cette question un véritable problème public.

Le premier se déploie dans l'espace médiatique, à travers l'émergence d'un nouveau genre journalistique : les palmarès des hôpitaux publiés dans la presse constituent une première forme de mesure publique qui échappe à l'État². Dès 1992, le magazine *50 millions de consommateurs* publie un premier palmarès des services d'urgence. En 1997, le magazine *Sciences et Avenir* publie à son tour une liste noire des hôpitaux puis, un an plus tard, un palmarès des hôpitaux³. Les premiers classements sont le fruit d'un trio de journalistes qui, inspirés par les premiers classements publiés aux États-Unis, se spécialisent progressivement sur cette question lors de leur circulation entre ces différents titres de la presse. Dans la manière dont ils traitent des questions hospitalières, ces « pionniers » entreprennent de sortir d'une approche en termes de faits divers pour mettre en cause le corporatisme médical, le manque de sécurité à l'hôpital, et l'incapacité des pouvoirs publics à réformer le système de santé.

« À chaque fois, c'était une histoire d'accident de chasse, quoi. [...] “La mortalité regrettable” à l'hôpital, ou “la mort sur ordonnance”... Enfin, il n'y avait absolument rien sur le fonctionnement, sur l'efficacité, et surtout pas de vision globale des établissements et du système » (Journaliste au *Point*, entretien collectif, 2010).

Les journalistes parviennent à accéder à des bases de données médico-administratives alors méconnues hors des institutions, qu'ils utilisent pour équiper les palmarès en données plus systématiques que celles recueillies grâce au questionnaire qu'ils envoient aux établissements. Pour ce faire, ils saisissent à plusieurs reprises la commission d'accès aux documents administratifs (CADA) et parviennent à accéder aux documents issus des commissions d'examen des budgets hospitaliers (CEBH) de l'Assurance Maladie, à la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) produite par le ministère de la Santé et, surtout, au programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) qui permet de mesurer l'activité hospitalière⁴.

¹ Parmi les nombreux travaux consacrés à la construction des problèmes publics, nous souscrivons aux approches dégagées d'une vision trop séquentielle ou centrée sur la dimension publique des problèmes pour saisir « les processus sociaux qui contribuent à construire ou à solidifier une définition [...] de ce qui apparaît comme un problème [...], sa solution et le processus qui va conduire à son traitement » (Gilbert et Henry, 2009, p. 21). Nous nous montrons attentifs à la dimension cognitive de ces processus, qui impliquent notamment des activités de cadrage (Goffman, 1974 ; Snow et al., 1986) et des « opérations de construction et de reconstruction symboliques » (Padiou, 1982, p. 26).

² Pour des analyses plus détaillées de ces palmarès et de leurs conditions de production, voir Pierru, 2004.

³ Succès commerciaux majeurs, les palmarès seront appelés à se multiplier et se banaliser. Depuis 1997, une cinquantaine de classements hospitaliers ont été produits dans la presse régionale ou nationale.

⁴ Les sigles mobilisés dans l'article sont tous déployés à leur première apparition ; toutefois, vu leur nombre, on en retrouvera également la liste alphabétique dans l'Annexe 3.

Ce « détournement » a un effet de cadrage important sur les publications : ces données conduisent les journalistes à établir des palmarès de la « performance » indexés sur les volumes d'activité hospitalière, à partir desquels il s'agit de déduire les « meilleurs » ou les « pires » établissements, sans que le critère général soit parfaitement explicité : s'agit-il de la performance, de la qualité ou de la sécurité des soins ? Ces classements constituent néanmoins une première forme de mesure de la qualité à caractère public, construite à partir de mesures concrètes. Les journalistes utilisent un certain nombre d'« indicateurs » : le volume d'activité par type d'actes des services de chirurgie doit permettre d'évaluer l'entraînement en routine des praticiens ; le taux de mortalité après certaines opérations chirurgicales ne conduisant normalement pas à une issue fatale est utilisé pour estimer la sécurité des soins ; le taux de césariennes des services de maternité, pris comme indicateur d'une mauvaise organisation, est mobilisé pour évaluer la qualité des prises en charge. Ainsi, les journalistes procèdent à un premier cadrage du problème : ils traitent d'emblée la question en termes de transparence de l'information. Leur entreprise est loin de passer inaperçue : les palmarès suscitent des dénonciations d'autant plus vives que les indicateurs à partir desquels ils sont construits sont contestés par les professionnels de santé⁵. En somme, en inventant des classements qui échappent à l'État, les journalistes désignent l'absence de mesure officielle comme un problème visible ; ils étiquettent également un ensemble de « responsables » à l'origine de ce problème : le monde hospitalier et ses régulateurs, accusés de collusion et de conservatisme.

Le deuxième mouvement qui fait de l'absence de mesure officielle de la qualité un problème public se structure autour du combat de patients mobilisés dans la lutte contre les infections nosocomiales. Dans un contexte sanitaire encore bouleversé par l'irruption du sida⁶, l'affaire de la Clinique du sport éclate sur la scène médiatique en septembre 1997, soit presque une décennie après les premières contaminations de patients de cet établissement parisien lors d'opérations pratiquées dans des conditions de stérilisation insuffisantes⁷. L'affaire émerge d'abord comme un combat personnel : celui de l'une des personnes contaminées, Béatrice Ceretti, et de son mari, Michel-Alain Ceretti, pour rendre public le calvaire et l'errance médicale de la victime suite à sa contamination au cours d'une opération bénigne, qui l'a peu à peu paralysée. En véritable lanceur d'alerte, le couple va s'appuyer sur la presse pour faire passer les infections nosocomiales « de la sphère médicale vers la sphère politique » (Carricaburu, 2009). Le couple n'a de cesse que de dénoncer « l'incompétence des “spécialistes”, le cynisme froid des responsables de la Clinique du sport, l'impéritie des pouvoirs publics mais aussi l'aveuglement de tous ceux qui n'ont pas su voir sa douleur et n'ont pas cru en sa souffrance » (Ceretti, 2004, quatrième page de couverture). Ce combat de deux personnes devient progressivement un véritable mouvement social, à travers la création d'une association de représentation des victimes, nommée « le Lien » (lutte, information et études sur les infections nosocomiales). Tout en publicisant la dimension morale du scandale, l'association milite pour obtenir une juste indemnisation des victimes de la Clinique du sport⁸, avant d'élargir son combat à la représentation de l'ensemble des victimes d'infections

⁵ Suite à la publication de 1992, par exemple, 72 procès sont intentés au magazine *50 millions de consommateurs*, qui accorde une cinquantaine de pages aux droits de réponse des services d'urgences se déclarant lésés (Pierru, 2004).

⁶ Dès les années 1980, les « malades » se sont mis « en mouvement » en se constituant en associations et en mouvements sociaux (Barbot, 2002). Ils ont commencé à bousculer l'organisation du monde sanitaire, exigeant un droit de regard sur sa régulation et une meilleure prise en compte des patients.

⁷ Au cours de ces années, une soixantaine de patients ont été contaminés par la *xenopi*, bactérie dangereuse pour les os. Pour des analyses plus détaillées de cette affaire et de ses conséquences politiques, voir Carricaburu, 2009.

⁸ Elle tente notamment une action en justice à l'encontre des praticiens de la clinique, qui sera couronnée de succès de longues années plus tard. En mars 2010, deux des trois praticiens poursuivis sont reconnus coupables d'avoir dissimulé les premières infections aux patients, et condamnés à des peines de prison ferme.

nosocomiales en France. À la fin des années 1990, elle critique fortement l’opacité du système de surveillance des infections nosocomiales, accusé de rassembler au sein du comité technique des infections nosocomiales (CTIN) des producteurs de risques professionnels également chargés de gérer et d’évaluer ces risques. L’association porte alors une stratégie de « déconfinement » de la question des infections nosocomiales, bien relayée dans les médias (Carricaburu, 2009).

À partir de 1999, le Lien milite pour la création d’un système d’information transparent, contrôlé par l’État, visant à mesurer les « résultats » des établissements relativement à leurs taux d’infections nosocomiales, permettant d’établir des comparaisons rendues publiques. Si les professionnels de l’hygiène en charge du dispositif de surveillance sont d’abord réticents, les responsables politiques se montrent sensibles aux arguments et aux objectifs du Lien, d’autant plus qu’ils sont portés par la personnalité charismatique de M.-A. Ceretti qui, loin de rester dans une stratégie de pure opposition, noue des contacts au plus haut niveau de l’administration et se montre prêt à coopérer avec les institutions sanitaires qui engageraient la démarche. Le Lien fait rapidement de cette idée d’un « palmarès d’État » une revendication essentielle de son combat. Il contribue ainsi à spécifier le problème public, en le dotant d’une revendication centrale : la mesure des infections nosocomiales pour sensibiliser les professionnels et informer les patients.

1.2. *Les prémisses d’une mesure d’État*

Ces mobilisations sociales en faveur de l’auditabilité des hôpitaux rencontrent un troisième mouvement, inscrit dans le monde plus confiné de l’expertise médico-économique née sous l’égide de l’administration et notamment du ministère de la Santé. D’un côté, il apparaît que les responsables politiques et administratifs ont « licité » l’émergence du problème qui nous intéresse dans les années 1990, en rendant à la fois pensables et faisables les palmarès hospitaliers : les journalistes ont bénéficié de la complicité de certains acteurs institutionnels, et de l’existence des bases de données médico-administratives (Pierru, 2004). D’une façon similaire, le combat du Lien trouve prise sur les pouvoirs publics parce qu’il bouscule tout un travail institutionnel préexistant autour de la question de la sécurité des soins et de l’hygiène hospitalière, qui a émergé dès les années 1960 autour des premières résistances bactériennes, avant de donner lieu à un investissement croissant des pouvoirs publics⁹. D’un autre côté, l’État se trouve, en retour, fortement « sollicité » par la convergence des palmarès et de la mobilisation du Lien. Bousculés chacun à leur niveau, les différents acteurs concernés ne restent pas passifs face à leur mise en cause : ils se mettent en quête de premières formes de mesure de la qualité.

Un petit nombre d’épidémiologistes, d’économistes de la santé, de médecins en santé publique et de chercheurs en sciences de gestion ont participé activement à l’élaboration du PMSI sous l’égide de l’administration de la santé au cours des années 1980¹⁰. Ils constituent dans la seconde moitié des années 1990 les principaux experts français des bases de données médico-administratives. Dans le cadre de leurs activités, ils se sont familiarisés avec les enjeux liés à la mesure des activités hospitalières et aux usages possibles de ce type de données ; ils ont

⁹ Toute une politique de surveillance des infections nosocomiales s’est développée au cours des années 1990 (Carricaburu, 2009). Coordonnée par l’Institut de veille sanitaire (InVS), cette politique consiste à mettre en place un système d’information à l’échelle nationale, dans le but d’évaluer les infections nosocomiales, de suivre leur évolution d’année en année, afin de porter une amélioration des pratiques susceptible de réduire leur fréquence.

¹⁰ Ces experts sont notamment réunis au sein du groupe IMAGE (information médicale pour l’aide à la gestion des établissements), rattaché à l’École nationale de santé publique (ENSP), qui est chargé de produire des connaissances théoriques et pratiques sur les différents usages possibles du PMSI.

étudié les systèmes d'information étrangers et se sont connectés aux experts internationaux de ces questions. Certains de ces experts réagissent aux palmarès en faisant émerger une controverse méthodologique lourde d'enjeux politiques. Dès 1999, la revue *La Recherche* leur offre une tribune, sous la forme de trois articles réunis dans un dossier intitulé : « faut-il classer les hôpitaux ? » (Naiditch et al., 1999). Sous la forme d'une critique qui se veut « scientifiquement fondée » et « constructive » des palmarès de la presse, ce dossier affiche un point de vue clair dès le titre de l'introduction : « publier de très discutables indicateurs de performance n'est pas le meilleur moyen d'accompagner la transformation du système de soins ». Les experts remettent en cause la « scientificité » des classements des médias, tout en affirmant la nécessité de mieux partager l'information avec le public et de rechercher davantage la « confiance » des professionnels évalués que la publication brutale de classements.

Certains de ces experts perçoivent l'émergence d'une attente nouvelle en matière de mesures publiques de la qualité hospitalière. Avec l'aval de quelques responsables institutionnels sensibilisés à la question, ils entreprennent de construire les prémisses d'une mesure publique susceptible d'être à la fois « scientifiquement validée » et « acceptable » par les professionnels de la santé. Deux cadrages différents de ce type de mesures commencent à cette époque à être travaillés. Un premier groupe de travail sur les performances hospitalières est constitué sous l'égide de la direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé. Présidé par Pierre Lombrail, professeur des universités en santé publique, il s'approprie les réflexions théoriques sur la performance menées au Québec, dans une approche qui se veut ouverte, multidimensionnelle et sensible aux usages professionnels de l'évaluation, mais qui ne produit pas de nouveaux indicateurs immédiatement utilisables. Un second projet de recherche se constitue au même moment sous l'égide de l'Union hospitalière privée (UHP) avant d'être soutenu par l'Agence nationale d'accréditation des établissements de santé (ANAES)¹¹, mené par un médecin qui s'est orienté vers une carrière de chercheur en sciences de gestion, Étienne Minvielle. Résolument pragmatique, ce projet cherche à établir, très concrètement, un « guide rouge » des indicateurs suffisamment robustes pour évaluer la qualité dans les établissements de santé, dans une approche davantage gestionnaire et institutionnelle de l'évaluation. Ces deux projets de recherche se rejoignent pour souligner les difficultés méthodologiques liées à l'utilisation des bases de données existantes pour produire des indicateurs de résultat incontestables et des classements hospitaliers qui puissent être « validés ».

De leur côté, les responsables politiques et administratifs développent d'abord une stratégie d'« évitement du blâme » (Weaver, 1986) qui consiste aussi en un report du blâme sur les seuls acteurs professionnels. En atteste par exemple l'allocution de Bernard Kouchner lors d'un colloque organisé par l'OCDE en 2002, au cours de laquelle il regrette l'insuffisance du système d'évaluation français, liée selon lui à « un pouvoir médical opaque et une absence de concurrence médicale », avant de mettre en avant la volonté de « rendre les indicateurs de performance les plus visibles et transparents possibles » puis de souligner que « ce qui est encourageant [...], c'est que les classifications journalistiques des performances se font à partir des chiffres fournis par les Ministères » (Pierru, 2004, pp. 268–269). Cette position de report du blâme sur les seuls professionnels est d'autant plus difficilement tenable que l'impératif d'une mesure de la performance des systèmes de santé est porté par les organisations internationales¹² et que les experts français

¹¹ Le syndicat de directeurs de cliniques cherchait alors à valoriser ses activités en matière de qualité. Lorsque son président, Alain Coulomb, devient directeur de l'Agence en 2002, il emmène avec lui ce projet.

¹² Dans un contexte de dénonciation des coûts croissants de la santé, l'OMS et l'OCDE portent cet impératif de performance qui fait de la qualité l'un des aspects de l'efficacité des systèmes de santé.

commencent à donner corps à une autre orientation possible de la mesure publique comparative. Ainsi, l'idée d'une « mesure d'État » qui permettrait de reprendre pleinement la main fait son chemin au sein des cabinets ministériels à partir du début des années 2000. L'inscription de la mesure sur l'agenda politique et institutionnel est actée le 21 mars 2003, lorsque le ministre Jean-François Mattéi saisit formellement l'InVS en passant commande pour un « tableau de bord national » des infections nosocomiales¹³.

Les entreprises de rationalisation ne doivent pas être considérées comme allant de soi, répondant de manière naturelle à des questions « évidentes », au cours de processus de mise en œuvre linéaires (Lefebvre, 2003). La genèse de l'entreprise de rationalisation par les indicateurs de qualité est d'abord, durant cette période séminale, un *problème*, qui prend une forme composite, tâtonnante, exploratoire et incertaine. Elle émerge au cours d'un processus collectif mettant en scène un petit monde hétéroclite d'entrepreneurs de la mesure, inscrits dans des univers différents, mais qui ont tous contribué à composer les prémisses d'une instrumentation qui permettrait aux hôpitaux de rendre des comptes sur leur qualité. En 2003, les conditions sont réunies pour que l'auditabilité des hôpitaux devienne un véritable motif d'action publique. Encore flou, ce motif cognitif dispose déjà d'un contenu : le principe d'un contrôle accru de la qualité hospitalière par l'État côtoie l'idée qu'un tel contrôle doit être instrumenté par des techniques légitimes et acceptables.

2. L'État déploie ses mesures : la prudente institutionnalisation des indicateurs

Le second moment de cette histoire peut être caractérisé comme la prudente institutionnalisation des indicateurs de qualité. Tout au long des années 2000, cette dynamique prend la forme d'un processus incrémental (Lindblom, 1959) dont la trajectoire est marquée par des tensions, surmontées grâce à un travail cognitif et des compromis institutionnels, qui façonnent des instruments jugés techniquement robustes et politiquement acceptables.

2.1. *Quand les institutions s'investissent à bas bruit*

Dans un premier temps, la commande du ministre met les institutions de régulation dans l'embarras. Investir dans un tel palmarès d'État apparaît risqué, à l'heure où les techniques de mesure sont loin d'être stabilisées. Dans ces conditions, l'engagement du Ministère est d'abord ambivalent : alors que la direction de l'hospitalisation (DHOS) s'attache à répondre dans un délai court à la demande du Ministre en s'investissant très directement aux côtés de l'InVS, la DREES reste en retrait et cherche surtout à établir des connaissances sur les indicateurs et leurs usages plutôt qu'à « produire » des indicateurs de qualité dans une logique pragmatique. Du côté de l'agence en charge de la régulation de la qualité, les équipes de l'ANAES sont intégrées en 2004 dans une nouvelle Haute Autorité de Santé (HAS), aux contours institutionnels plus larges, mais qui reprend l'essentiel des missions concernant l'amélioration des pratiques et l'accréditation des établissements. L'agence se transforme alors en une autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale, largement financée par le Ministère, mais n'étant plus juridiquement sous tutelle. La nouvelle instance hésite quant à la place à accorder à la mesure de la qualité. Les acteurs de la branche « évaluation des pratiques professionnelles » sont très

¹³ Cette inscription sur l'agenda politique de la mesure d'État a lieu dans un contexte mouvementé : à la faveur de l'alternance politique de 2002, la nouvelle équipe ministérielle décide de généraliser la tarification à l'activité (dite « T2A ») ; suite à l'épisode de la canicule de l'été 2003, le Ministre cherche aussi à reprendre la main sur la sécurité des soins.

attachés au caractère scientifique des outils d'évaluation produits par la HAS, qui constitue une condition *sine qua non* de sa légitimité auprès des professionnels. Or, l'exemple des palmarès hospitaliers suscite une grande méfiance quant à la possibilité de construire des indicateurs de qualité robustes et légitimes. Par ailleurs, la branche « accréditation » de la HAS est très attachée à une approche pratique de l'évaluation « par les pairs », reposant sur une analyse qualitative, dans un esprit d'amélioration continue de la démarche qualité, qui contraste avec l'idée d'une évaluation quantitative sous la forme d'indicateurs nationaux comparatifs.

Les années 2003 à 2006 sont ainsi caractérisées par un engagement prudent et discret de la part d'institutions bousculées par la commande politique. L'investissement à bas bruit caractéristique de cette première étape de l'institutionnalisation des indicateurs prend surtout la forme d'un projet de recherche, nommé « coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière » (COMPAQH), qui hérite à partir de 2003 du flux d'idées, de principes, et d'indicateurs préalablement mis en forme par le projet de « guide rouge des indicateurs » sous l'égide de l'hospitalisation privée. COMPAQH se constitue comme un projet hybride, à l'interstice de l'univers des institutions publiques, de l'univers de la recherche et de l'univers hospitalier local. Il s'agit d'un projet de « recherche appliquée » financé par la direction de l'hospitalisation du Ministère et la HAS. Sa mise en œuvre est confiée au chercheur à l'origine du « guide rouge », E. Minvielle, alors chercheur au Centre de recherche en économie et gestion appliquées à la santé (CREGAS), rattaché à l'INSERM et au CNRS. Le monde hospitalier est également bien représenté dans le projet, qui s'appuie sur un panel élargi d'une trentaine d'établissements volontaires de statuts différents, dans le cadre d'un soutien affiché des principales fédérations de l'hospitalisation privée et publique. Les intérêts différents de ces trois mondes convergent dans une quête pragmatique : bâtir des indicateurs de qualité d'État susceptibles d'être plus consensuels, méthodologiquement plus robustes et donc moins contestables par les professionnels de l'hôpital que ceux des palmarès hospitaliers, qui constituent sur ce point un contre-modèle pour tous les participants. Pour les dirigeants des établissements volontaires, il s'agit de se positionner comme des « pionniers » de la qualité, dans une logique similaire à celle des établissements de l'UHP ayant participé au « guide rouge ». Pour les chercheurs, de tels indicateurs seraient une innovation scientifique, à une époque où la mesure de la qualité est un thème encore émergent, dont il s'agit de s'emparer. Les dirigeants des institutions publiques cherchent quant à eux une manière de s'investir sans trop s'exposer sur ce thème jugé montant mais risqué, car potentiellement conflictuel.

« Chacun y trouvait son intérêt. [...] Pour les administrations publiques, c'est assez intéressant comme dispositif, d'avancer avec des coups de sonde, de mettre une équipe de recherche INSERM. Bon, si ça merdouille, c'est de la recherche... [Nous, les chercheurs,] on était content parce qu'on avait des conditions pour avancer, il y avait du soutien... » (Entretien avec un chercheur COMPAQH, 2011).

Le projet procède dès cette époque à un ensemble de cadrages très structurants, qui vont permettre d'« aligner » (Snow et al., 1986) le sens des indicateurs de qualité en construction avec les schèmes interprétatifs des différents parties prenantes, de manière à réduire autant que possible les tensions et à trouver de multiples relais pour ces instruments. Le projet définit d'abord un ensemble d'objectifs correspondant aux priorités des institutions et des chercheurs. Au nombre de ceux-ci figure la lutte contre les infections nosocomiales — thématique chère au ministère de la Santé —, qui s'impose comme le premier véritable « dossier » du projet COMPAQH, ainsi que le « respect des bonnes pratiques cliniques » porté par la HAS. Le projet s'attache ensuite à sélectionner puis à tester un petit nombre d'indicateurs de qualité au sein du panel

d'établissements, selon une méthode consensuelle qui doit permettre de sélectionner ceux jugés à la fois robustes et acceptables au regard des critères des institutions¹⁴. En avril 2006, le comité de pilotage sélectionne les indicateurs de qualité susceptibles d'être généralisés et publiés : cinq indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales, élaborés par un groupe de travail mixte entre l'InVS et COMPAQH, six indicateurs permettant d'évaluer la qualité d'après le dossier patient, et un indicateur de satisfaction des patients. Présentés comme techniques, ces cadrages n'en permettent pas moins d'arrêter des choix de nature politique. Certains indicateurs potentiels, parmi lesquels des indicateurs de mortalité, sont testés puis éliminés par le projet, en raison de problèmes métrologiques qui fragilisent leur robustesse et, dès lors, leur acceptabilité¹⁵. Sont développés essentiellement des indicateurs de processus plutôt que de résultats (plus conflictuels), des indicateurs évaluant la traçabilité des pratiques de soin plutôt que directement la qualité de ces pratiques, et des indicateurs conçus avant tout pour opérer des comparaisons inter-établissements et donner lieu à un affichage public, plutôt que des indicateurs de pratique individuelle plus facilement utilisables dans des démarches professionnelles.

Le projet COMPAQH instille ainsi le principe d'une mesure comparative à des fins d'affichage public, en évitant les conflits, sans toutefois mener de réflexion approfondie sur les usages concrets de ces indicateurs de qualité comparatifs, qui restent très implicites et généraux. En pratique, les modalités d'usage s'effacent devant la production pragmatique d'indicateurs. Cette première étape de l'institutionnalisation aboutit à l'incarnation du motif cognitif dans les tout premiers indicateurs de qualité d'État. Le passage par une expertise scientifique extérieure aux institutions mais bénéficiant de leur soutien a constitué un moyen de faire progresser discrètement la mesure de la qualité à des fins de comparaison inter-hospitalière. S'il s'éloigne quelque peu du palmarès demandé par le Ministre, un premier ensemble d'indicateurs de qualité est alors estampillé « validé et généralisable ».

2.2. *Quand les institutions se disputent l'usage des indicateurs de qualité*

Entre 2006 et 2012, les premiers indicateurs de qualité d'État suscitent un intérêt croissant au sein d'une régulation sanitaire plurielle, composée d'organisations bureaucratiques en compétition¹⁶. Refusant de voir le contrôle sur l'auditabilité de l'hôpital leur échapper, toutes tentent de se démarquer en fonction de leurs enjeux propres. Au fil des années, de plus en plus d'acteurs s'approprient la mesure d'État, autour d'une variété d'objectifs qui s'inventent au cours du temps. Cette étape est caractérisée par une véritable « course aux indicateurs » qui alimente la recherche d'un compromis autour des différents usages possibles de la mesure.

Le Ministère a été la première institution à s'emparer de ces indicateurs de qualité, en mettant au premier plan l'objectif de diffusion publique des informations concernant la qualité des soins.

¹⁴ Par rapport aux quelque 280 indicateurs du « guide rouge » dont a hérité COMPAQH, 43 indicateurs sont présélectionnés en 2003 ; 37 sont finalement testés entre 2004 et 2006. Les critères d'un « bon indicateur » sont repris en [Annexe 1](#).

¹⁵ C'est par exemple le cas de l'indicateur intitulé « taux de mortalité dans les GHM [groupes homogènes de malades] à faible risque de survenue de décès », écarté en 2004 essentiellement en raison de difficultés d'ajustement, c'est-à-dire de difficultés pour pondérer les taux de mortalité bruts en fonction des risques spécifiques que peuvent présenter certains patients.

¹⁶ Cette compétition renvoie à la trajectoire historique spécifique des institutions sanitaires en France, marquée par la construction d'une régulation bicéphale, partagée entre l'État et l'Assurance maladie ([Hassenteufel, 1997](#)). La régulation étatique est elle-même fragmentée entre différentes composantes du ministère de la Santé et plusieurs agences qui ont vu le jour depuis la fin des années 1990 ([Benamouzig et Besançon, 2005](#)).

La collecte des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales est imposée aux établissements dès 2005. Dans les années qui suivent la première publication ministérielle, cet usage des indicateurs de qualité s’institutionnalise ; il prend notamment la forme d’un site actualisé chaque année, la « plateforme d’informations sur les établissements de santé » (platin.es.solidarit.es), qui affiche de nombreuses informations sur l’activité et la qualité des établissements français¹⁷. Le positionnement de la DREES évolue à cette occasion, lorsque la direction « scientifique » du Ministère sort de ses réserves pour ne pas rester en marge. Sous l’influence d’un acteur convaincu qui porte le projet au sein de la direction, la DREES participe activement à l’élaboration du site ministériel, entre dans le pilotage du projet COMPAQH et initie un travail autour des indicateurs de satisfaction des patients, tout en continuant de soutenir des projets de recherche alternatifs tels que ceux du groupe de travail de P. Lombrail évoqué *supra*, ce qui est une manière de faire vivre un usage des indicateurs de qualité à des fins d’évaluation des pratiques par les professionnels.

Ne souhaitant pas laisser au Ministère le monopole des indicateurs de qualité, la HAS bascule à partir du milieu des années 2000 dans une politique beaucoup plus affirmée en ce qui concerne la mesure comparative à des fins d’affichage public. L’institution fait sienne la mission de publication d’indicateurs nationaux et comparatifs visant à l’amélioration de la qualité hospitalière ; elle articule plus étroitement les indicateurs de qualité à ses activités internes. Ce basculement ne se fait pas sans tensions, puisque l’investissement de la HAS dans la mesure à des fins de comparaison publique suscite depuis quelques années des débats. En interne, certains acteurs sont plus proches d’une philosophie d’autorégulation de la profession médicale, et craignent qu’un tel engagement ne mette en danger leur légitimité vis-à-vis des professionnels, en se rapprochant d’une régulation étatique externe qu’ils considèrent comme relevant plutôt des missions du Ministère¹⁸. Ces réticences sont vaincues de l’intérieur par deux économistes de la santé recrutés par Alain Coulomb, alors directeur de la HAS, favorables au recours à la mesure chiffrée et qui vont produire des notes d’information et des revues de la littérature pour convaincre leurs collègues de l’intérêt stratégique d’un positionnement de l’instance sur le sujet, présenté comme inexorable.

« La HAS avait quand même le rôle de dire ce qu’est la qualité en santé... Elle ne pouvait pas ne pas être le moteur de ce qu’on pouvait faire ou pas en termes de mesure, comment le faire bien, etc. [L’argument était :] “si on n’existe pas là-dessus, on perd un enjeu stratégique... Si d’autres s’en occupent, ils le feront mal. Nous au moins, on sait ce que c’est, on peut résister à des palmarès”... » (Entretien avec un économiste de la HAS, 2011).

Le Collège de la HAS décide en 2006 de créer un service spécialisé sur le sujet et d’intégrer des indicateurs de qualité dans la procédure de certification des établissements¹⁹. Cet usage se révèle difficile à mettre en œuvre, mais il prend une forme concrète en 2009, dans le troisième référentiel de certification, qui prévoit la cotation de certains critères par les indicateurs de qualité d’État et les ancre solidement à l’intérieur de la principale instance en charge de la régulation de la qualité.

¹⁷ Le site a aujourd’hui changé de nom pour devenir www.scopesante.fr.

¹⁸ Cette logique de protection des professionnels trouve ses racines dans l’identité fondatrice de l’institution, qui a longtemps incarné un compromis entre l’État régulateur et la profession médicale (Robelet, 2002). Le déploiement de cette mesure comparative s’inscrit dans le glissement très progressif de la HAS vers une régulation étatique plus affirmée.

¹⁹ Les hôpitaux et cliniques doivent procéder, tous les quatre ans, à une auto-évaluation à partir d’un référentiel de la HAS listant les critères d’évaluation. Cette auto-évaluation donne lieu à la visite d’une équipe pluri-professionnelle d’experts-visiteurs, qui évalue l’établissement à partir de cette liste de critères et produit un rapport de certification.

Ces mobilisations croissantes et visibles des indicateurs de qualité par le Ministère et la HAS ne manquent pas de susciter l'intérêt d'un ensemble hétéroclite d'autres acteurs à la fin des années 2000. Ce sont d'abord des responsables politiques qui redécouvrent l'intérêt de ces indicateurs et en font un usage croissant dans leur communication politique. Le Président de la République Nicolas Sarkozy fait par exemple preuve de son volontarisme en la matière, en se déclarant favorable au fait de « rendre publics, pour chaque établissement de santé, quelques indicateurs simples comme le taux de mortalité ou le taux d'infection »²⁰. La ministre de la Santé Roselyne Bachelot, se présentant volontiers comme « la ministre de la qualité des soins », n'est pas en reste lorsque son cabinet passe un accord avec le journal *L'Express* pour que ce dernier publie son palmarès hospitalier intégrant les indicateurs de qualité d'État le jour même de la conférence de presse de la Ministre. La mesure de la qualité est ensuite investie par des acteurs institutionnels auparavant plus effacés, qui formalisent de nouveaux usages possibles des indicateurs de qualité, plus proches d'une logique de régulation économique. La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), qui finance les établissements mais a été évincée de leur évaluation au profit de l'État au début des années 2000, suit le projet COMPAQH depuis 2007. Pour se démarquer, elle est la première à mettre en place une forme de « paiement à la performance », en lançant en 2009 son contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) dans le secteur ambulatoire²¹. L'Assurance Maladie contribue ainsi à placer à l'horizon institutionnel un nouvel usage potentiel des mesures de la qualité à l'hôpital, qui était jusqu'ici peu mis en exergue par les institutions publiques. Parallèlement à cela, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé (ANAP) intègre les indicateurs de qualité d'État dans l'outil qu'elle développe pour rationaliser les négociations entre autorités de tutelle et établissements : Hospi Diag²². Cet outil a vocation à être le socle d'une contractualisation entre la direction des établissements et les Agences régionales de santé (ARS). Il est donc également porteur d'un rapprochement, encore inabouti, entre le volet financier et le volet qualité de la régulation hospitalière.

2.3. *Les indicateurs de qualité font l'objet d'un consensus ambigu*

En quelques années, chaque type d'acteur s'est approprié les indicateurs de qualité en promouvant ses propres objectifs. Si cette compétition institutionnelle autour de la mesure a pu se déployer sans conflit tranché, c'est parce que les tensions nées de ces perspectives différentes ont été largement amorties à l'intérieur du projet COMPAQH. C'est en son sein qu'a été forgé le compromis autour des différents usages des indicateurs de qualité d'État, par l'intermédiaire du travail intellectuel déployé par les chercheurs dans les différents rapports rendus publics, des échanges au sein de son comité de pilotage et des multiples négociations opérées par les groupes de travail thématiques. Au fur et à mesure de cette construction technique, COMPAQH a travaillé les différents usages de la mesure, tout en prenant soin de n'en exclure aucun.

²⁰ Extrait du discours de N. Sarkozy, Bletterans, 18 septembre 2008.

²¹ Le CAPI est un contrat proposé aux médecins généralistes volontaires, qui s'engagent à améliorer certaines pratiques liées à des enjeux médico-économiques, comme la prévention et le suivi des pathologies chroniques ou l'optimisation des prescriptions. Une rémunération spécifique permet de valoriser la progression ou le niveau atteint.

²² L'ANAP est censée contribuer à la maîtrise des dépenses de santé, en concevant et en diffusant des outils de gestion, en organisant un accompagnement des établissements par des consultants, en appuyant les régulateurs. Hospi Diag établit une vision macroscopique de la performance de chaque établissement, pouvant nourrir les comparaisons, sous la forme d'un tableau de bord de 76 indicateurs d'activité, de qualité, d'organisation, de ressources.

« Bien sûr qu'il y a des tensions... Tout l'enjeu c'est d'avoir le minimum d'indicateurs qui puissent répondre aux différents objectifs. L'indicateur universel... Je n'y crois pas trop ! Mais c'est ce qu'on souhaite » (Entretien avec un acteur du Ministère, 2010).

Le compromis se fait ainsi au prix d'un « consensus ambigu » (Palier, 2004) : si les différents acteurs sont tombés d'accord sur la nécessité d'avoir recours à un petit ensemble de mesures, ils ne sont pas forcément en phase sur ce que doivent être les objectifs prioritaires de la politique de diffusion d'indicateurs, qui n'ont jamais véritablement fait l'objet d'un choix tranché. Pourtant, la trajectoire du projet est loin d'être neutre : à la fin des années 2000, il s'est considérablement rapproché des institutions publiques. Si les usages professionnels des indicateurs de qualité et leur utilité dans des démarches de « pilotage interne » sont régulièrement réaffirmés dans les rapports, COMPAQH a surtout progressé en matière d'usages institutionnels comme la diffusion publique, la contractualisation régionale et l'incitation financière à la qualité.

Cette institutionnalisation des indicateurs de qualité trouve un aboutissement lorsqu'est inscrite dans la loi hospitalière l'obligation pour les établissements d'afficher publiquement leurs résultats : l'un des premiers décrets d'application de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « loi HPST », prévoit que les directeurs des ARS ont le pouvoir de sanctionner financièrement les établissements qui refuseraient d'afficher les résultats des indicateurs de qualité, à hauteur d'un maximum de 0,1 % de leur dotation financière. Il ne s'agit ni de valoriser les bons résultats, ni de sanctionner les mauvais, mais bien d'obliger réglementairement les établissements à jouer le jeu de la transparence. Dans les débats parlementaires pourtant particulièrement houleux autour de la loi HPST, les indicateurs de qualité sont mobilisés par la majorité et par l'opposition comme des outils de connaissance et d'intervention pragmatiques, sans charge idéologique propre. Les acteurs de la majorité voient en ces indicateurs des dispositifs de pilotage au service d'une gestion rationalisée de l'hôpital, susceptibles d'être utilisés par l'ensemble de la ligne hiérarchique, en passant par le directeur, dont le gouvernement entend alors faire un « vrai patron » à la tête de l'hôpital. De manière plus surprenante, les indicateurs sont également mobilisés par des députés et sénateurs politiquement engagés dans la défense de l'hôpital public. Tout au long des débats suscités par la première lecture du projet de la loi HPST au Sénat, les sénateurs du groupe « communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche » portent une virulente charge contre le projet de loi du gouvernement, accusé d'être porteur d'une attaque contre les services publics et d'une privatisation latente du système de soins. Mais ils ne dénoncent pas les indicateurs de qualité comme participant à cette logique néolibérale. Au contraire, le groupe propose deux amendements semblables à l'automne 2009, exigeant que les établissements affichent de manière obligatoire des indicateurs « comportant nécessairement les taux d'infection nosocomiale et de mortalité, le nombre d'hospitalisations évitables, les taux de réadmission et de mortalité post-hospitalière »²³. Pour les sénateurs mobilisés, ces indicateurs pourraient être un instrument d'objectivation des effets délétères de la tarification à l'activité (T2A) sur la qualité des prises en charge hospitalières.

Cette apparente dépolitisation des indicateurs de qualité révèle le succès de l'entreprise éminemment politique de construction d'indicateurs suffisamment consensuels pour permettre à l'État de reprendre la main sur l'auditabilité des hôpitaux. Elle verrouille l'engagement institutionnel autour du motif cognitif. En une quinzaine d'années, ces indicateurs de qualité — dont la construction avait pourtant suscité d'importantes réticences au départ — sont devenus incontournables

²³ Amendement n° 555 au projet de loi portant réforme de l'hôpital (1^{ère} lecture), proposé le 8 mai 2009. Il ne sera pas adopté.

et contraignants. Paradoxale, leur institutionnalisation a été rendue possible par la prudence avec laquelle ses promoteurs ont fait progresser l'entreprise de rationalisation qu'ils incarnent. C'est pas à pas que l'auditabilité des hôpitaux a pris forme dans des dispositifs concrets, qui se sont discrètement fait une place, au fur et à mesure que le motif cognitif se recomposait autour d'une pluralité d'usages.

3. Gouverner par les indicateurs : la douceur d'une technologie normative

À l'issue de leur construction, les indicateurs de qualité sont composés d'un ensemble de savoirs, de théories ou de doctrines plus ou moins formalisés, incarnés dans des formes techniques composées de règles de calcul, de référentiels d'évaluation, de résultats chiffrés. Ils peuvent dès lors être étudiés comme des « machines » que l'on peut déconstruire analytiquement, dans une approche inspirée par la sociologie des techniques²⁴. Sans proposer ici une fastidieuse description de chacun de ces indicateurs (listés dans l'Annexe 2), il est possible d'analyser leurs caractéristiques les plus saillantes afin de bien mettre en évidence le mode opératoire de la rationalisation qu'ils véhiculent. Normatifs, ces instruments sont bâtis pour réguler la qualité hospitalière sans trop brusquer les professionnels.

3.1. *Consensualisme et plasticité : la douceur constitutive des indicateurs de qualité*

Au cours du processus de leur construction, les indicateurs de qualité ont été bâtis comme une technologie douce, qui se révèle comme telle à travers deux caractéristiques génériques. En premier lieu, ils incarnent une approche consensuelle, c'est-à-dire non conflictuelle, de l'évaluation des établissements. Ce consensualisme apparaît nettement lorsque l'on observe de près les caractéristiques de quelques indicateurs de qualité typiques (voir le Tableau 1).

Le refus du conflit se lit d'abord dans les dimensions de la qualité mesurée : ces indicateurs de qualité sont, pour la plupart, des indicateurs de processus, qui 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 indicateurs s'approchent davantage d'indicateurs de résultats dans le sens où ils mesurent la traçabilité de pratiques 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 les résultats du soin en termes de mortalité, à la différence des critères mobilisés par les premiers palmarès hospitaliers. Ce refus du conflit apparaît ensuite dans l'échelle de l'évaluation : les indicateurs mesurent la qualité à l'échelle de l'établissement de santé plutôt qu'à l'échelle des services ou des praticiens, de manière à ne pas mettre en cause directement des individus ou des équipes comme ont pu le faire les listes noires parues dans la presse à la fin des années 1990. Cette recherche du consensus apparaît enfin dans les conditions de collecte des données permettant le calcul des indicateurs, qui accordent une place importante aux professionnels de santé : la plupart de ces indicateurs requièrent un travail spécifique de vérification de critères à partir

²⁴ Il s'agit alors de saisir comment la technique incorpore et « durcit » des idées, du travail, des relations, c'est-à-dire de « l'humain cristallisé » (Simondon, 1989) ; de « prendre au sérieux » ces dispositifs dotés « d'un certain nombre de caractéristiques [...] plus ou moins indépendantes des volontés initiales » (Moison, 1997, p. 92) ; de comprendre comment cette instrumentation de l'action publique « est révélatrice d'une théorisation (plus ou moins explicite) du rapport gouvernant/gouverné » (Lascoumes et Le Galès, 2004, p. 27).

Tableau 1
Caractéristiques de quatre indicateurs de qualité typiques.

| Nom de l'indicateur | Dimension | Type | Mode de calcul | Cible en 2012 |
|---|--|----------------------|--|---|
| ICSHA : Indicateur de Consommation de Solutions Hydroalcooliques | Hygiène, organisation de la lutte contre les infections nosocomiales | Ressources | Combien de litres de solutions hydroalcooliques ont été achetés par l'hôpital en comparaison de la cible ? | 100 % = 20 litres pour 1000 jours d'hospitalisation |
| SURVISO : 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 |
| IPAQSS DAN : 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) | 80 % de conformité dans les dossiers tirés au sort |
| IPAQSS IDM : 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) | 80 % de conformité dans les dossiers tirés au sort |

d'échantillons de dossiers patients aléatoirement sélectionnés ; d'autres impliquent la collecte de preuves administratives attestant de processus organisationnels.

En second lieu, la douceur de ces indicateurs se lit dans leur plasticité, c'est-à-dire dans leur ouverture et leur souplesse par rapport à une pluralité d'acteurs, de savoirs et d'usages. Ils ont été construits pour équiper trois modes d'usage non exclusifs, pouvant servir les objectifs des différents acteurs tout en évitant les conflits provoqués par un usage unique. Ils sont d'abord présentés comme un dispositif de « diffusion publique » à des fins de démocratie sanitaire et de transparence. Ils sont ensuite présentés comme un instrument de « régulation » du système hospitalier (certification des établissements par la HAS, contractualisation par les Agences régionales de santé, incitation financière à la qualité). Ils sont enfin 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 en lien avec la qualité. Ces indicateurs de qualité sont également remarquables par leur plasticité cognitive, c'est-à-dire leur capacité à hybrider des types de raisonnements divers, appuyés sur une pluralité de savoirs, de techniques et de croyances. Dotés d'une certaine épaisseur cognitive, ils s'appuient à la fois sur des référentiels pour la pratique clinique établis par certaines sociétés savantes médicales, sur des raisonnements statistiques et des techniques d'évaluation épidémiologiques permettant de construire des mesures « validées », sur des théories de l'action issues des sciences de gestion et sur des raisonnements économiques nourris de théorie de l'agence : dispositifs ayant pour objectif de produire de l'information et donc d'ouvrir la « boîte noire » de la production hospitalière, les indicateurs de qualité sont censés équiper un principal (le régulateur) en informations concernant ses agents. Ces différents modes de raisonnement coexistent au sein de ces dispositifs composites dont la plasticité est susceptible de donner prise à une pluralité de raisonnements et de pratiques. Elle ne signifie nullement que les indicateurs de qualité seraient des instruments « mous ».

3.2. *Affichage public et comparaison : la normativité discrète des indicateurs de qualité*

L'indicateur constitue avant tout un instrument de quantification : il concrétise sous la forme d'un objet tangible un ensemble de règles sociales et d'opérations techniques qui doivent permettre le calcul d'une mesure chiffrée, selon un processus formalisé. Mais cette quantification a surtout pour objet d'évaluer. Par les opérations techniques et cognitives qu'ils formalisent, les indicateurs se donnent le moyen d'évaluer une réalité empirique et sociale incommensurable, la qualité hospitalière, en la décomposant en une série d'aspects objectivables, chacun de ces aspects pouvant donner lieu à une mesure quantifiée autour de critères jugés pertinents. Les outils de quantification sont caractérisés par une certaine pauvreté lexicale en comparaison avec la richesse du monde empirique (Moisdon, 1997). L'indicateur de qualité est un outil de simplification du réel permettant de construire, comme par une opération de « carottage », un artefact de la qualité hospitalière, qui a l'avantage d'être quantifié, simple, et univoque. Ainsi, ces indicateurs sont tout sauf neutres : ils cherchent tout autant à évaluer une certaine qualité hospitalière qu'à l'améliorer²⁵. En d'autres termes, ils constituent une technologie normative, dotée d'une robustesse qui ne se résume pas

²⁵ Cette tension a été soulignée au sujet des outils de gestion (Moisdon, 1997), de la statistique (Desrosières, 1993) ou des dispositifs de classement (Espeland et Sauder, 2007). Il s'agit d'une caractéristique absolument centrale des indicateurs de qualité.

Qualité de la prise en charge (MCO) - Année 2010



















| |  Classe A <i>Des Meilleurs...</i> |  Classe B <i>...aux...</i> |  Classe C <i>...Moins bons</i> |  Classe D <i>Les non répondants</i> |
|---|--|---|---|--|
| Intitulé | Résultat de l'établissement (valeur + fourchette) | Évolution par rapport à l'année précédente | Positionnement par rapport à la moyenne nationale | |
| Tenue du dossier patient | 76 ± 4  | Non Concerné |  | |
| Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation | 64 ± 11  |  |  | |
| Évaluation de la douleur | 48 ± 11  |  |  | |
| Dépistage des troubles nutritionnels | 64 ± 11  |  |  | |
| Tenue du dossier anesthésique | 95 ± 2  |  |  | |
| Prescription médicamenteuse dans l'infarctus du myocarde (BASI) Afficher le détail des indicateurs composant le score BASI | Non concerné | | | |

Fig. 1. Affichage des scores d'un établissement²⁶.

à la quête de consensus qui a présidé à leur construction. Leur charge normative renvoie à deux aspects de leur mode de fonctionnement.

Première caractéristique : cette technologie est marquée par son orientation vers un affichage public. Les mesures numériques de la qualité produites par l'appareil technique de quantification constituent des outils de communication susceptibles d'être mis en forme dans des supports matériels qui font l'objet d'une diffusion élargie auprès des établissements, des régulateurs institutionnels et du grand public. La Fig. 1 donne à voir un exemple de cet affichage public. Les indicateurs de qualité sont explicitement conçus pour changer les comportements des acteurs hospitaliers, en suscitant leur « réactivité » telle qu'elle est analysée par les sociologues qui ont étudié les *rankings* aux États-Unis²⁷. De tels résultats numériques, sous une forme relativement simple, univoque et intelligible, peuvent aisément circuler en s'affranchissant de la complexité des jeux de définition qui ont conduit à leur élaboration (Porter, 1996). Les nombres sont susceptibles d'être repris et dotés de force par tout un ensemble d'acteurs sociaux : les auteurs des palmarès de seconde génération — qui intègrent ces indicateurs de qualité d'État — mais aussi

²⁶ Source : plateforme d'information sur les établissements de santé, site du ministère de la Santé, (<http://www.platines.sante.gouv.fr>), consulté le 8 avril 2010. Cette plateforme a été remplacée en 2013 par un site plus interactif (<http://www.scopesante.fr>) présentant le même type d'informations.

²⁷ « Parce que les acteurs sont des êtres réflexifs qui évaluent et interprètent constamment le monde, et ajustent leurs actions en fonction, les mesures sont réactives. [...] Les individus altèrent leur comportement en réaction au fait d'être évalués, observés, ou mesurés » (Espeland et Sauder, 2007, pp. 2–6, traduit par nos soins).

les patients, les gestionnaires et les professionnels dans les établissements. Les anticipations des acteurs sociaux concernant la capacité de ces scores à circuler sont un puissant moteur de leur capacité à pénétrer les organisations et à modifier les comportements. L’affichage public valorise certains éléments identifiés comme dignes d’attention (Power, 2005). Les mesures publiques ont toutes les chances d’être acceptées pour leurs résultats par les acteurs sociaux qui sont bien classés ou bien évalués, alors que le soupçon de mauvaise foi pèse sur les points de vue critiques de ceux qui sont mal classés ou mal évalués ; même lorsque la méthodologie qui aboutit aux résultats est fortement critiquée par les acteurs, le pouvoir social de ce type de mesures publiques demeure fort (Sauder et Espeland, 2009). Ainsi, toutes les opérations techniques et cognitives qui entourent les indicateurs de qualité peuvent susciter des « apprentissages » à l’échelle locale : un directeur d’établissement, surpris du mauvais score de son établissement, pourra renforcer la politique de lutte contre les infections nosocomiales ; un médecin participant au recueil de l’indicateur de tenue du dossier patient, prenant conscience de son mauvais score sur le critère de traçabilité des prescriptions médicales, pourra corriger sa manière de remplir les dossiers.

Seconde caractéristique : cette technologie est marquée par un recours à la comparaison. La construction d’images univoques de la qualité implique un processus de « commensuration » qui aboutit à mesurer dans une même métrique des choses qui, sans ce dispositif de quantification, ne peuvent être mises directement en équivalence (Desrosières, 1993). Les mesures numériques produites par les indicateurs de qualité sont susceptibles d’être agrégées, pour générer des moyennes et construire des classements. Chaque établissement peut être positionné par rapport aux autres, par rapport à une norme, ou par rapport à une cible, par l’intermédiaire de formalisations simples, matérialisées dans des tableaux, des diagrammes, des listes ou des cartes. Les établissements peuvent être comparés entre eux, à l’échelle d’un même territoire. La comparaison des résultats peut être orchestrée dans le temps, de manière à mesurer une progression. Il est également possible de rapporter le résultat individuel de chaque établissement à une « norme », qui peut être relative (la moyenne des établissements de même statut et de même taille à l’échelle d’un territoire) ou absolue (« seuil » ou objectif « cible » de performance devant être atteint par l’ensemble des établissements). La Fig. 2 montre un exemple de cet outillage de comparaison.

En mettant les résultats de l’évaluation en regard d’un ensemble de normes, la comparaison constitue un puissant dispositif de normalisation disciplinaire (Foucault, 1975 ; Sauder et Espeland, 2009) : les cibles définies à l’échelle nationale constituent des normes officielles ; la norme statistique joue également à plein, en permettant d’attribuer des statuts hiérarchiques, en désignant les membres de la classe des « meilleurs » et ceux de la classe des « moins bons ». Si le système de classement adopté sur le site du Ministère n’épouse pas la logique du palmarès individuel, il est clairement construit pour blâmer les établissements « déviant », obtenant de mauvais résultats ou, pire, refusant de « jouer le jeu » de la mesure (classe dite des « non répondants »). La comparaison inter-établissements est construite pour permettre la connaissance et la reconnaissance de la variabilité des pratiques, censée susciter une réflexivité des acteurs qui cherchent à comprendre les causes de leurs « mauvais résultats », puis une réaction pour améliorer les pratiques. Cette approche comparative postule que les acteurs sociaux, confrontés à des écarts de scores, peuvent craindre les conséquences d’un mauvais classement pour leur réputation. À travers cette intériorisation des disciplines, ce sont aussi les critères d’évaluation qui sont dotés d’un statut normatif : la traçabilité d’un certain nombre de pratiques professionnelles et, plus indirectement, ces pratiques en elles-mêmes, s’imposent comme une règle contraignante. Par ailleurs, la comparaison met en équivalence des éléments épars : on rapproche différentes dimensions de la qualité ; on regroupe des critères de nature très différente au sein de graphiques ou de tableaux qui placent côte à côte l’évaluation de pratiques médicales et l’organisation des

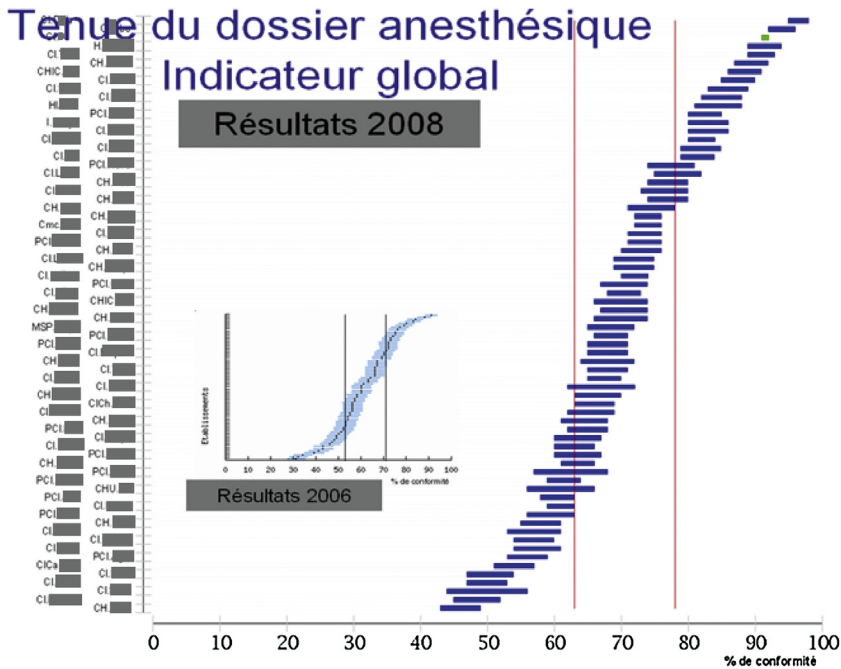


Fig. 2. « Benchmarking » en Aquitaine²⁸.

processus de soin ; on évalue l'ensemble des établissements, pourtant très diversifiés en termes de statut comme de types de missions, selon les mêmes méthodes, avec les mêmes indicateurs. Cette mise en équivalence participe à renforcer l'intégration d'un « espace public » (Desrosières, 1993), en forgeant des représentations et un vocabulaire communs. Enfin, cette comparaison peut constituer la première étape d'une mise en concurrence des établissements en matière de qualité (Bertillot, 2016).

En somme, ces indicateurs de qualité sont chargés d'une ambition de transformation du monde hospitalier. Leur mode opératoire met en tension l'objectivité de la mesure et la normativité de l'action publique. Pragmatiques et ouverts sur des usages sociaux variés, ils « indiquent » de manière explicite aux acteurs hospitaliers un certain nombre d'attentes, de règles institutionnelles, dotées d'un caractère contraignant par l'affichage public et la comparaison.

4. Conclusion : rationaliser par les indicateurs... pour rationaliser en douceur

« C'est pas le grand big bang ! C'est la démarche des petits pas [...]. Les indicateurs, à force de dire qu'ils sont disponibles pour améliorer la qualité, pour le *reporting*, on ne peut plus lutter contre. [...] On disait que la qualité était incommensurable ; aujourd'hui, plus

²⁸ Ce document a été projeté par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation d'Aquitaine, lors d'une réunion régionale de présentation des résultats aux représentants des établissements. Lecture : chaque rectangle horizontal représente le score d'un établissement (pourcentage de dossiers conformes à l'indicateur de tenue du dossier anesthésique), qui apparaît de manière nominative dans le graphique original. L'affichage prend en compte un intervalle de confiance statistique. Les deux lignes verticales représentent l'espace à l'intérieur duquel sont regroupés les 50 % des établissements de la norme.

personne ne peut tenir cette position » (Entretien avec un acteur du service des indicateurs à la HAS, 2012).

Certains indicateurs de gestion peuvent être « prégnants » dès lors qu'ils « mettent en scène, en les symbolisant, des règles sociales légitimes. [...] Ils jouent le rôle d'étendards avec lesquels une organisation ou des groupes d'acteurs revendiquent et assoient leurs positions » (Boussard, 2001, p. 535). Les indicateurs de qualité sont prégnants pour le système institutionnel qui les a composés. Ils constituent l'étendard d'une forme particulière d'action publique. Il s'agit bien d'une *entreprise de rationalisation*. Loin d'être des coquilles vides, ils sont dotés d'une certaine épaisseur cognitive et de robustesse métrologique. Loin d'être neutres, ils sont ouverts sur une pluralité d'usages en matière de régulation hospitalière, de normalisation des pratiques, de mise en transparence et de contrôle accru des établissements et des activités professionnelles. En une quinzaine d'années, la qualité hospitalière est devenue « commensurable » par l'intermédiaire d'indicateurs de qualité d'État obligatoires, qui se sont imposés dans le paysage institutionnel. Cependant, si cette entreprise institutionnelle s'attache à rationaliser l'hôpital, c'est bien *en douceur*. L'une des particularités de cette entreprise collective réside en effet dans son mode opératoire prudent, passant par des instruments qui agissent avec discrétion (Bezes, 2004). Déployés dans l'ombre d'une tarification à l'activité bien plus controversée (Juvén, 2016), les indicateurs ont été institutionnalisés pas à pas, en évitant de susciter des conflits ouverts avec les acteurs hospitaliers. Le recours à la légitimité scientifique d'un projet de recherche, le cadrage de la mesure au cours d'activités techniques d'élaboration des instruments, la mobilisation de tout un agencement d'intermédiaires entre mondes institutionnel et hospitalier et le travail cognitif des principes d'usage de la mesure ont occupé une place essentielle dans l'essor de cette dynamique.

À lire certains travaux consacrés aux recompositions de l'action publique sanitaire (Pierru, 2007 ; Le Galès et Scott, 2008 ; Belorgey, 2010), on a l'impression que la mobilisation d'instruments est avant tout le fruit de stratégies individuelles ou collectives, permettant à certains acteurs politiques ou administratifs d'atteindre leurs buts, parfois inavoués, souvent idéologiques. Ces acteurs, qui apparaissent comme tout particulièrement rusés, se servent des instruments pour techniciser les débats, pour dépolitiser leur action, pour automatiser des décisions controversées ou pour occulter la charge idéologique de leurs programmes :

« Pour les élites gouvernementales, le débat sur les instruments peut être un utile masque de fumée pour dissimuler des objectifs moins avouables, pour dépolitiser des questions fondamentalement politiques, pour créer un consensus minimum de réforme » (Lascoumes et Le Galès, 2004, pp. 26–27).

Les « choix » en matière de dispositifs relèveraient d'intentions, qui seraient *instrumentées* par des outils de gouvernement au service d'un projet réformateur. L'étude de la sociogenèse des indicateurs conduit plutôt à mettre l'accent sur le caractère incrémental, problématique et paradoxal de la dynamique à l'œuvre. Si, par le biais des indicateurs de qualité, les institutions publiques agissent presque « en douce » pour transformer l'hôpital sans faire de vagues, la rationalisation est moins le produit de la ruse de quelques acteurs stratèges capables d'imposer leur volonté à tous que la résultante de l'agrégation en tension d'une constellation d'idées et d'actions à l'intérieur d'un système institutionnel pluriel et éclaté, dont les acteurs se disputent une nouvelle instrumentation plurivoque et inventent ses usages chemin faisant. Cette entreprise de rationalisation n'est pas gouvernée par une élite politique, autour d'un programme partisan. Ses ambitions réformatrices sont plutôt *sécrétées* au cours de l'action, par le travail collectif et interactif d'un petit réseau de réformateurs de statuts et de profils différents, parfois concurrents et parfois complémentaires.

Si aucun de ces acteurs n'est l'unique « penseur » de la démarche, tous ont collaboré à façonner les logiques de cette entreprise. À travers leurs activités sociales et cognitives, ces acteurs ont irrigué les jeux institutionnels de flux d'idées, d'informations et de raisonnements qui ont permis de surmonter les réticences, de prévenir les conflits. Ils ont institué ces indicateurs de qualité en douceur, en construisant leur robustesse, leur légitimité. Au cours de ce processus ont été forgées, négociées et confrontées les ambitions des uns et des autres, dessinant un usage de plus en plus affirmé de ces indicateurs.

La forme originale de cette dynamique doit beaucoup aux singularités du contexte institutionnel sanitaire français. À la même période, le développement d'indicateurs a pris des formes différentes dans les autres systèmes de santé européens. Dans le *National Health Service* britannique (NHS), des indicateurs ont été généralisés de manière précoce, autour d'usages bureaucratiques affirmés (Bevan et Hood, 2006 ; Le Galès et Scott, 2008). Le cas britannique se distingue par le fait que les indicateurs ont été plus rapidement indexés sur la notion de « performance » dans une logique de *New Public Management* que sur la notion de « qualité » plus ouverte sur des usages professionnels ; ils ont aussi été explicitement associés à des projets de réformes politiques, là où l'investissement des ministres français s'est fait en réaction à des mobilisations sociales et à la suite d'un travail d'expertise plus confiné. Le cas allemand présente un tout autre contraste : dans le contexte du fédéralisme et de la place centrale des médecins dans la régulation sanitaire, les élites professionnelles ont pendant longtemps gardé le contrôle sur la dynamique d'évaluation de la qualité. Cet autocontrôle professionnel semble pourtant remis partiellement en question depuis le milieu des années 2000, avec la montée en puissance d'institutions de régulation fédérales porteuses de logiques d'évaluation externe (Weckert et Bertillot, 2014). La dynamique française constitue probablement un cas intermédiaire entre le NHS, davantage « managérialisé », et le secteur hospitalier allemand dans lequel les instruments d'évaluation de la qualité restent plus fortement ancrés dans une régulation professionnelle.

De manière plus générale, si la thématique polysémique de la qualité des soins offre un ancrage favorable à cette rationalisation en douceur, il y a fort à parier que des processus similaires peuvent avoir lieu dans d'autres contextes, à travers des instruments déployés au nom de notions floues comme la performance économique, la coordination pluri-professionnelle ou encore l'excellence scientifique. Cet article pourrait ainsi offrir un point de comparaison pour des travaux s'attachant à comprendre par quels mécanismes variés les dispositifs d'auditabilité parviennent à s'imposer pour exercer leur emprise dans des univers professionnels qui leur sont pourtant *a priori* peu favorables, parvenant à susciter des espoirs et des engagements, mais aussi — et souvent dans le même temps — de la discipline et du désenchantement.

Remerciements

Je remercie les évaluateurs de cet article et les membres du comité de rédaction de la revue pour leurs suggestions qui m'ont permis d'apporter des améliorations à la première version de ce texte. Je tiens aussi à remercier Jean-Marie Pillon et Karen Rossignol, qui ont discuté une version antérieure de cet article au Congrès de l'Association française de sociologie en juillet 2015, dans le cadre d'une session du réseau thématique de sociologie de la gestion (RT-30). Merci à Anne Bertrand pour son minutieux travail éditorial.

Annexe 1. Les qualités métrologiques d'un « bon indicateur »

Un document publié par l'Agence nationale pour l'accréditation des établissements de santé et intitulé « Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé. Principes

généraux » (ANAES, 2002) établit la liste des critères qui permettent de juger de la « qualité » d'un indicateur.

1. Le bon indicateur est simple et acceptable

« Le choix d'un indicateur procède souvent d'un équilibre entre l'impératif de commencer rapidement avec des mesures limitées, et l'aspiration à une appréhension exhaustive de la complexité de la situation. Les objectifs de simplicité et d'utilité de la mesure doivent l'emporter sur le souci de la perfection et de l'exhaustivité » (p. 27).

2. Le bon indicateur est validé et pertinent

« La validité est l'aptitude de l'indicateur à refléter ce qu'il est censé mesurer, c'est-à-dire à fournir les repères nécessaires à l'appréciation de l'état ou de l'évolution du phénomène pour lequel il a été choisi. [...] Un indicateur est pertinent s'il permet d'identifier simplement des problèmes pour lesquels des actions de prévention ou de correction efficaces existent » (p. 28).

3. Le bon indicateur est fiable, précis et reproductible

« [...] c'est-à-dire apte à une mesure précise et reproductible. [...] La reproductibilité est la capacité de produire plusieurs fois le même résultat lorsque la mesure est répétée dans le temps, dans des conditions identiques et sur les mêmes éléments. Les sources d'erreur qui peuvent affecter la fiabilité des mesures sont nombreuses. Elles peuvent venir de l'outil de collecte, de la personne qui fournit l'information, de la façon dont elle est demandée, etc. » (p. 29).

4. Le bon indicateur est sensible et spécifique

« La sensibilité est l'aptitude à varier beaucoup et rapidement lorsque apparaissent des variations, même de faible amplitude, du phénomène étudié, par exemple en fonction des actions que l'on met en œuvre. Un indicateur est dit spécifique lorsqu'il ne varie que si le phénomène à l'étude subit une modification » (p. 29).

5. Le bon indicateur doit pouvoir faire l'objet d'une restitution claire

« La clarté de la présentation des résultats des mesures est déterminante pour l'utilité et la pérennité de la démarche. Des graphiques montrant l'évolution des mesures en fonction du temps, avec des réactualisations fréquentes, permettent à l'équipe en charge d'un domaine de disposer d'éléments de suivi clairs et simples » (p. 29).

Annexe 2. Liste des indicateurs de qualité d'État (année 2010)

1. Les indicateurs du tableau de bord du ministère de la Santé

Ces cinq indicateurs évaluent la politique de prévention des infections nosocomiales à l'intérieur des établissements :

- ICALIN : indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (politique d'hygiène) ;
- ICSHA : indicateur de consommation des solutions hydro-alcooliques (hygiène des mains) ;

- SURVISO : enquête d’incidence des infections de site opératoire (surveillance des infections en chirurgie) ;
- Score ICATB : l’indice composite de bon usage des antibiotiques (suivi de la consommation) ;
- Score agrégé : indicateur agrégé (calculé à partir des quatre indicateurs précédents).

2. Les indicateurs de prise en charge de la Haute Autorité de Santé

Ces cinq indicateurs évaluent la traçabilité d’informations dans les dossiers de soin :

- TDP : qualité de la tenue du dossier patient ;
- DEC : délai d’envoi du courrier de fin d’hospitalisation ;
- TRD : traçabilité de l’évaluation de la douleur ;
- DTN : dépistage des troubles nutritionnels ;
- DAN : qualité de tenue du dossier anesthésique.

Annexe 3. Liste alphabétique des sigles utilisés dans l’article

ANAES : Agence nationale pour l’accreditation des établissements de santé.

ANAP : Agence nationale d’appui à la performance des établissements de santé.

CADA : Commission d’accès aux documents administratifs.

CAPI : Contrat d’amélioration des pratiques individuelles.

CEBH : Commissions d’examen des budgets hospitaliers.

CNAM : Caisse nationale d’assurance maladie.

CNRS : Centre national de la recherche scientifique.

COMPAQH : Coordination pour la mesure de la performance et l’amélioration de la qualité hospitalière.

CTIN : Comité technique des infections nosocomiales.

DHOS : Direction de l’hospitalisation du ministère de la Santé.

DREES : Direction de la recherche, de l’évaluation, des études et des statistiques du ministère de la Santé.

ENSP : École nationale de santé publique.

GHM : Groupes homogènes de malades (catégorisation utilisée dans la tarification à l’activité).

HAS : Haute Autorité de Santé.

HPST (loi) : loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

IMAGE : Information médicale pour l’aide à la gestion des établissements (groupe de recherche fondé à l’École nationale de santé publique).

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale.

InVS : Institut de veille sanitaire.

NHS : National Health Service.

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques.

OMS : Organisation mondiale de la Santé.

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d’information.

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé.

T2A : Tarification à l’activité.

UHP : Union hospitalière privée.

Références

- ANAES, 2002. Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé. Principes généraux. Rapport de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.
- Barbot, J., 2002. Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida. Balland, Paris.
- Belorgey, N., 2010. L'hôpital sous pression : enquête sur le « nouveau management public ». La Découverte, Paris.
- Benamouzig, D., 2005. La santé au miroir de l'économie. Presses universitaires de France, Paris.
- Benamouzig, D., 2014. Des idées pour l'action publique : instruments ou « motifs cognitifs ». In: Halpern, C., Lascoumes, P., Le Galès, P. (Eds.), *L'instrumentation de l'action publique*. Presses de Sciences Po, Paris, pp. 95–118.
- Benamouzig, D., Besançon, J., 2005. Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France. *Sociologie du travail* 47 (3), 301–322.
- Bertillot, H., 2014. La rationalisation en douceur. Sociologie des indicateurs qualité à l'hôpital. Thèse de doctorat en sociologie. Institut d'études politiques de Paris.
- Bertillot, H., 2016. Les indicateurs qualité : l'essor discret d'une dynamique concurrentielle à l'hôpital. In: Castel, P., Hénaut, L., Marchal, E. (Eds.), *Faire la concurrence*. Presses des Mines, Paris, pp. 21–40.
- Bevan, G., Hood, C., 2006. What's Measured is what Matters: Targets and Gaming in the English Public Health Care System. *Public Administration* 84 (3), 517–539.
- Bezes, P., 2004. Rationalisation salariale dans l'administration française : un instrument discret. In: Lascoumes, P., Le Galès, P. (Eds.), *Gouverner par les instruments*. Presses de Sciences Po, Paris, pp. 71–122.
- Boussard, V., 2001. Quand les règles s'incarnent. L'exemple des indicateurs prégnants. *Sociologie du travail* 43 (4), 533–551.
- Carricaburu, D., 2009. Confinement et déconfinement des luttes définitionnelles : le cas de la périnatalité et des infections nosocomiales. In: Gilbert, C., Henry, E. (Eds.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*. La Découverte, Paris, pp. 55–72.
- Castel, P., Merle, I., 2002. Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins. *Sociologie du travail* 44 (3), 337–355.
- Ceretti, B., 2004. Ils m'ont contaminée. L'Archipel, Paris.
- Crozier, M., Friedberg, E., 1977. L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective. Seuil, Paris.
- Desrosières, A., 1993. La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique. La Découverte, Paris.
- Espeland, W.N., Sauder, M., 2007. Rankings and Reactivity: How Public Measures Recreate Social Worlds. *American Journal of Sociology* 113 (1), 1–40.
- Foucault, M., 1975. Surveiller et punir. Gallimard, Paris.
- Gadrey, J., 1994. La modernisation des services professionnels. Rationalisation industrielle ou rationalisation professionnelle ? *Revue française de sociologie* 35 (2), 163–195.
- Gilbert, C., Henry, E. (Eds.), 2009. Comment se construisent les problèmes publics. La Découverte, Paris.
- Goffman, E., 1974. *Frame Analysis: An Essay on the Organization of Experience*. Harvard University Press, Cambridge MA.
- Hassenteufel, P., 1997. Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne. Presses de Sciences Po, Paris.
- Juven, P.-A., 2016. Politique des coûts, politique des écarts. Étude d'une controverse métrologique sur les tarifs hospitaliers. *Gouvernement et action publique* 1 (1), 35–62.
- Lascoumes, P., Le Galès, P., 2004. *Gouverner par les instruments*. Presses de Sciences Po, Paris.
- Lefebvre, P., 2003. L'invention de la grande entreprise. Travail, hiérarchie, marché. Presses universitaires de France, Paris.
- Le Galès, P., Scott, A.J., 2008. Une révolution bureaucratique britannique ? Autonomie sans contrôle ou « freer market more rules ». *Revue française de sociologie* 49 (2), 301–330.
- Lindblom, C.E., 1959. The Science of Muddling Through. *Public Administration Review* 19 (2), 79–88.
- Mas, B., Pierru, F., Smolski, N., Torrielli, R., 2011. L'hôpital en réanimation. Éditions du Croquant, Paris.
- Mintzberg, H., 1982. Structure et dynamique des organisations. Éditions d'organisation, Paris.
- Moison, J.-C. (Ed.), 1997. Du mode d'existence des outils de gestion. Les instruments de gestion à l'épreuve de l'organisation. Seli Arslan, Paris.
- Moison, J.-C., 2000. La démarche gestionnaire à l'hôpital. La régulation du système hospitalier (Vol. II). Seli Arslan, Paris.
- Musselin, C., 2005. Sociologie de l'action organisée et analyse des politiques publiques : deux approches pour un même objet ? *Revue française de science politique* 55 (1), 51–71.
- Naiditch, M., Lombrail, P., Chale, J.-J., 1999. Dossier : faut-il classer les hôpitaux ? *La Recherche* 324, 64–78.
- Ogien, A., 1995. L'esprit gestionnaire. Une analyse de l'air du temps. Éditions de l'EHESS, Paris.

- Padioleau, J.-G., 1982. *L'État au concret*. Presses universitaires de France, Paris.
- Palier, B., 2004. Les instruments, traceurs du changement. La politique des retraites en France. In: Lascoumes, P., Le Galès, P. (Eds.), *Gouverner par les instruments*. Presses de Sciences Po, Paris, pp. 273–300.
- Pierru, F., 2004. La Fabrique des palmarès. Genèse d'un secteur d'action publique et renouvellement d'un genre journalistique : les palmarès hospitaliers. In: Legrave, J.B. (Ed.), *La Presse écrite : objets délaissés*. L'Harmattan, Paris, pp. 247–270.
- Pierru, F., 2007. *Hippocrate malade de ses réformes*. Éditions du Croquant, Paris.
- Pierru, F., 2013. Les mandarins à l'assaut de l'usine à soins. Bureaucratisation néolibérale de l'hôpital français et mobilisation de l'élite hospitalo-universitaire. In: Hibou, B. (Ed.), *La bureaucratiation néolibérale*. La Découverte, Paris.
- Porter, T.M., 1996. *Trust in Numbers: The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*. Princeton University Press, Princeton NJ.
- Power, M., 2005. *La société de l'audit : l'obsession du contrôle*. La Découverte, Paris.
- Robelet, M., 2002. *Les figures de la qualité des soins : rationalisations et normalisation dans une économie de la qualité*. Thèse de doctorat en sociologie. Université Aix-Marseille 2, Aix en Provence.
- Sauder, M., Espeland, W.N., 2009. The Discipline of Rankings: Tight Coupling and Organizational Change. *American Sociological Review* 74 (1), 63–82.
- Segrestin, D., 1997. L'entreprise à l'épreuve des normes de marché. Les paradoxes des nouveaux standards de gestion dans l'industrie. *Revue française de sociologie* 38 (3), 553–585.
- Simondon, G., 1989. *Du mode d'existence des objets techniques*. Aubier, Paris.
- Snow, D.A., Rochford, E.B., Worden, S.K., Benford, R.D., 1986. Frame Alignment Processes, Micromobilization, and Movement Participation. *American Sociological Review* 51 (4), 464–481.
- Weaver, R.K., 1986. The Politics of Blame Avoidance. *Journal of Public Policy* 6 (4), 371–398.
- Weckert, E., Bertillot, H., 2014. L'introduction d'indicateurs de qualité dans les systèmes de soins : la fin de l'autocontrôle de la profession médicale ? *Quaderni* 85 (3), 39–49.