



HAL
open science

La rationalisation en douceur Sociologie des indicateurs qualité à l'hôpital

Hugo Bertillot

► **To cite this version:**

Hugo Bertillot. La rationalisation en douceur Sociologie des indicateurs qualité à l'hôpital. Sociologie. Institut d'Etudes Politiques de Paris, 2014. Français. NNT: . tel-03509822v1

HAL Id: tel-03509822

<https://sciencespo.hal.science/tel-03509822v1>

Submitted on 10 Jul 2020 (v1), last revised 4 Jan 2022 (v2)

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.

Institut d'Etudes Politiques de Paris
ECOLE DOCTORALE DE SCIENCES PO

Programme doctoral de sociologie
Centre de Sociologie des Organisations

La rationalisation en douceur

Sociologie des indicateurs qualité à l'hôpital

Hugo Bertillot

Thèse dirigée par Christine Musselin
Directrice de recherche au CNRS (CSO)

Soutenue le 2 décembre 2014

Composition du jury

M. Daniel Benamouzig, Chargé de recherche au CNRS, CSO – Sciences Po / CNRS (encadrant)

Mme Valérie Boussard, Professeure des universités, IDHES – Université Paris Ouest Nanterre La Défense / CNRS (rapporteuse)

M. Nicolas Dodier, Directeur de recherche à l'INSERM et Directeur d'études à l'EHESS, LIER – EHESS / CNRS (rapporteur)

M. Ewan Ferlie, Professeur, Département de management – *King's College London* (examinateur)

M. Patrick Hassenteufel, Professeur des universités, CESDIP – Université de Versailles St-Quentin-en-Yvelines / CNRS (président)

M. Jean Claude Moisdon, Directeur de recherche émérite au CGS – MINES ParisTech (examinateur)

Mme Christine Musselin, Directrice de recherche au CNRS, CSO – Sciences Po / CNRS (directrice)

L'Institut d'Etudes Politiques de Paris n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions développées dans cette thèse : ces opinions doivent être considérées comme propres à son auteur et n'engagent que sa seule responsabilité.

Remerciements

Au moment d'achever cette recherche, mes premiers remerciements vont à mes directeurs de thèse pour leur confiance, leur patience et leur exigence toujours bienveillantes. Merci à Daniel Benamouzig pour ses suggestions stimulantes et son soutien au long de ces années. Merci à Christine Musselin pour ses relectures minutieuses qui ont été déterminantes dans l'avancement de ce travail.

Je remercie vivement Valérie Boussard, Nicolas Dodier, Ewan Ferlie, Patrick Hassenteufel et Jean Claude Moisson pour avoir accepté de faire partie de mon jury.

Je souhaite remercier Eric Garcia de l'IFROSS ainsi que l'équipe du CCECQA pour m'avoir ouvert l'accès à des terrains mobilisés dans la thèse. Merci aux directeurs des établissements qui ont accepté de m'accueillir et de me laisser enquêter aussi librement.

Ma gratitude va également à toutes les personnes qui ont donné de leur temps pour me révéler le fonctionnement des institutions hospitalières, me décrire leurs activités quotidiennes et partager avec moi leurs convictions. Ce travail est redevable de tout ce qu'elles m'ont appris au cours des entretiens.

Cette recherche doit aussi beaucoup aux rencontres et aux échanges collectifs dans le cadre des projets de recherche IMGENI et EVALECO. Je souhaite remercier tout particulièrement Marie Levif, Magali Robelet et Pierre Vendassi pour leur complicité lors des terrains réalisés en tandem. Un grand merci aussi à Elina Weckert pour nos comparaisons franco-allemandes.

Le Centre de Sociologie des Organisations m'a offert des conditions de travail idéales au cours de ces années. Je remercie tous les chercheurs, membres de l'équipe administrative et doctorants d'hier ou d'aujourd'hui qui contribuent à faire du laboratoire un lieu chaleureux. Pour leurs conseils avisés à des moments importants de mon parcours, ma gratitude va en particulier à Jérôme Aust, Julien Barrier, Henri Bergeron, Patrick Castel, Didier Demazière, Sophie Dubuisson-Quellier, Pierre François, Léonie Hénaut, Claire Lemercier, Etienne Nouguez, Denis Segrestin et Dima Younes. Merci à Alain Abena-Tsougui pour nos interminables discussions de la Rue Amélie. Pour leur solidarité dans la vie quotidienne de thésard au « 13U », merci en particulier à Camille Boubal, Pascal Braun, Denis Colombi, Hadrien Coutant, Audrey Petit et David Santana. Sans oublier un clin d'œil à Fabien Foureault, en l'honneur de toutes ces années à cheminer dans les mêmes bureaux, et un merci aux nouveaux arrivants pour les dernières semaines.

Cette recherche n'aurait pu exister sans la confiance de certaines institutions. J'ai notamment bénéficié du soutien financier d'une allocation-monitorat de Sciences Po, d'un an de financement de la part de l'IRESP dans le cadre du projet EVALECO et de deux années d'ATER à l'Université Paris Dauphine. Je remercie François Bonnet pour m'avoir donné envie de me lancer dans « l'aventure sociologique ».

J'ai évidemment une pensée pour mes amis qui m'ont accompagné, parfois réconforté et heureusement surtout changé les idées au cours de ces années, tout particulièrement pour Audrey, Benjamin, Elsa, Gurvan, Marine, Matthieu, Pacôme, Paul-Arthur, Thomas, Romain et Sophie. Un merci particulier à la fine équipe de Bouchardon pour l'ambiance unique des premières années de thèse, à Sophie et Romain pour leur accueil à l'occasion de l'un de mes terrains (et pas seulement !), et à Thomas pour son soutien « ultime ».

Un grand merci aussi à ma famille pour sa présence chaleureuse au cours de ces années, tout particulièrement à mes parents qui m'ont épaulé et accueilli avec tant de générosité dans leur petit coin de paradis, à ma sœur qui a su être là quand il le fallait, et à mes grands-mères que je ne remercierai jamais assez. Merci aussi à Pascal pour son aide précieuse d'un été.

Enfin, je remercie du fond du cœur Emma pour son soutien indéfectible et ses relectures attentives dans cette longue « dernière ligne droite », pour avoir su me rappeler qu'il y a une vie au-delà de la thèse... et pour tout le reste ! Ce merci ne suffit pas.

SOMMAIRE

| | |
|---|------------|
| INTRODUCTION GENERALE..... | 11 |
| PREMIÈRE PARTIE : Une entreprise de rationalisation ? | |
| Des pouvoirs publics en quête de mesures de la qualité des soins hospitaliers..... | 41 |
| Introduction de la première partie..... | 43 |
| Chapitre 1. « Les hôpitaux doivent rendre compte de la qualité » | |
| L'émergence tumultueuse d'un motif d'action publique..... | 47 |
| Chapitre 2. Quand l'Etat déploie ses mesures | |
| L'institutionnalisation prudente des indicateurs de qualité..... | 91 |
| Chapitre 3. « Gouverner par les indicateurs » ? | |
| Ambivalence, plasticité et robustesse d'une technologie normative..... | 161 |
| Conclusion de la première partie | |
| Rationaliser par les indicateurs pour rationaliser en douceur..... | 211 |
| DEUXIÈME PARTIE : Une entreprise de rationalisation « à distance » ? | |
| Le travail multiforme d'une nébuleuse d'intermédiaires..... | 215 |
| Introduction de la deuxième partie..... | 217 |
| Chapitre 4. Construire des indicateurs « validés » | |
| Le travail métrologique des chercheurs-experts..... | 223 |
| Chapitre 5. Construire « l'acceptabilité » des indicateurs | |
| Le travail de négociation des représentants des professionnels..... | 259 |
| Chapitre 6. Entre « injonction » et « accompagnement » | |
| Le travail de déploiement régional des indicateurs d'Etat..... | 291 |
| Conclusion de la deuxième partie | |
| Au cœur de la rationalisation en douceur : une nébuleuse intégratrice..... | 329 |
| TROISIÈME PARTIE : Une entreprise de rationalisation à l'épreuve de contextes | |
| professionnels organisés. Enquête dans quatre établissements de santé..... | 335 |
| Introduction de la troisième partie..... | 337 |
| Chapitre 7. L'implantation locale des indicateurs d'Etat | |
| Les mécanismes pluriels d'une colonisation convergente..... | 343 |
| Chapitre 8. Les « missionnaires » de la qualité à l'hôpital | |
| Hiérarchie intermédiaire et travail local d'intégration..... | 407 |
| Chapitre 9. Les effets locaux des indicateurs d'Etat | |
| Une dynamique de rationalisation aux deux visages..... | 445 |
| Conclusion de la troisième partie | |
| La force inattendue de la rationalisation en douceur..... | 499 |
| CONCLUSION GENERALE..... | 503 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 515 |
| ANNEXES..... | 535 |
| TABLE DES MATIERES..... | 591 |
| Liste des figures, tableaux et encadres..... | 599 |

Liste des abréviations et sigles utilisés

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANDEM : Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale
ARH : Agence régionale de l'hospitalisation
ARS : Agence régionale de santé
BAQIMEHP : Bureau de l'assurance qualité et de l'information médico-économique de l'hospitalisation privée
CBU : Contrat de bon usage du médicament
CCECQA : Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine
CCLIN : Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
CEPPRAL : Coordination pour l'évaluation des pratiques professionnelles en santé en Rhône-Alpes
CHU : Centre hospitalier universitaire
CLARTE : Consortium Loire Atlantique Aquitaine Rhône-Alpes pour la production d'indicateurs en santé
CLAN : Comité de liaison en alimentation et nutrition
CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CLUD : Comité de lutte contre la douleur
CME : Commission médicale d'établissement
CNAMts : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
COMPAQH : coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CTIN : Comité technique des infections nosocomiales
CRUQ : Comité des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DGS : Direction générale de la santé
DH : Direction de l'hospitalisation
DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins
DMS : Durée moyenne de séjour
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EPP : Evaluation des pratiques professionnelles
ESPIC : Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs
FHF : Fédération hospitalière de France
FHP : Fédération de l'hospitalisation privée
FFCLCC : Fédération française des centres de lutte contre le cancer
GINQA : Généralisation des indicateurs de qualité en Aquitaine
HAS : Haute Autorité de santé
HPST : loi Hôpital Patient, Santé et Territoires
IDE : Infirmière diplômée d'Etat
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IMAGE : Information Médicale pour l'aide à la Gestion des Établissements
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
IPAQH : Indicateurs pour l'amélioration de la qualité hospitalière
IPAQSS : Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
IQ : Indicateur(s) de qualité
LE LIEN : Lutte, information et études sur les infections nosocomiales
MAR : Médecin anesthésiste réanimateur
MCO (établissements) : Etablissement pratiquant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique
OMEDIT : Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique
ORQ : Organisme régional de qualité
PATH : *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*
PLATINES : Plateforme d'informations sur les établissements de santé
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
PU-PH : Professeur des universités et praticien hospitalier
PSPH : privé participant au service public hospitalier
REQUA : Réseau Qualité des Etablissements de Santé de Franche-Comté
RMM : Revue de morbi-mortalité
T2A : Tarification à l'activité
UHP : Union hospitalière privée

INTRODUCTION GENERALE

« L'audit constitue autant une idée qu'une technique et il ne saurait y avoir d'investissement collectif dans cette pratique sans un engagement envers cette idée, les normes sociales et les espoirs qu'elle représente. »

(Power, 2005 [1997], p. 32)

« Nous sommes engagés, vous le savez, depuis maintenant plusieurs années dans la lutte contre les infections nosocomiales. [...] C'est la même logique qui s'impose à tous et à toutes. [...] C'est tout le système hospitalier qui s'engage dans cette double exigence de transparence et de qualité. Je sais les efforts demandés aux acteurs sur le terrain [...] qui peuvent voir dans cette démarche une révolution. Je pense que c'est surtout une évolution en profondeur, [...] inscrite dans la durée et dans les pratiques quotidiennes. [...] L'engagement qui est le nôtre [...] illustre une conviction, ma conviction : même si notre système de santé est de qualité, il est toujours possible de mieux faire et c'est forcément la transparence qui génère la confiance. »

(Extrait du discours de Xavier Bertrand, prononcé le 18 janvier 2007)

Ce 18 janvier 2007, le ministre de la Santé et des Solidarités prononce un discours intitulé « transparence et qualité des soins dans les établissements de santé », dans lequel il commente les résultats du « tableau de bord des indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales » généralisé par l'Etat deux ans plus tôt. Le ton et le contenu du discours sont particulièrement révélateurs de l'entreprise de « mise en transparence » déployée à travers ces indicateurs désignés par des sigles austères, qui permettent de suivre les résultats de la politique nationale, de classer les établissements sous la forme de tableaux et de graphiques, et qui prétendent améliorer la qualité des soins. Après avoir présenté succinctement leur mode de calcul des différents instruments, le ministre explicite son ambition de « faire évoluer en profondeur » les pratiques de soin, de demander des « efforts » aux professionnels... tout en se gardant de « révolutionner » l'hôpital.

Depuis le milieu des années 2000, les « indicateurs qualité » de ce type se sont multipliés et diversifiés, pour évaluer non plus seulement la lutte contre les infections nosocomiales, mais aussi les processus organisationnels, la traçabilité de pratiques médicales et le respect de recommandations professionnelles. Sous l'impulsion d'un petit monde hétéroclite d'experts, de responsables institutionnels et de professionnels investis dans la « démarche qualité », ces indicateurs se sont ancrés à tous les niveaux de la régulation publique hospitalière. Ce phénomène n'est pas neutre : l'évaluation de la qualité est de plus en plus utilisée pour imposer la reddition de comptes, pour contrôler les activités médicales et transformer les organisations hospitalières. Pourtant, la capacité de tels indicateurs à susciter l'engagement n'a rien d'évident, surtout dans un secteur marqué par la prégnance des logiques professionnelles et par le pouvoir de médecins *a priori* peu enclins à se voir dicter des définitions « bureaucratiques » de la sacro-sainte qualité des soins.

Comment et avec quelles conséquences cette « exigence de transparence » se fait-elle une place dans la régulation de l'hôpital en France ? Que change-t-elle véritablement ? Que révèle-t-elle de la prolifération d'indicateurs généralisés au nom de la performance, de la qualité et de la transparence ? Le propos de cette thèse est d'étudier en finesse cette étrange entreprise depuis sa genèse institutionnelle jusqu'à ses effets les plus locaux, afin d'interroger le processus sociologique de plus grande envergure dont elle constitue un avatar original.

1. Essor de l'auditabilité et processus de rationalisation

Dans un premier temps, il nous faut exposer le vaste problème sociologique auquel nous entendons contribuer et montrer de quelle manière il se pose dans le secteur hospitalier français.

1) Comment rendre compte du mouvement transversal en faveur de l'auditabilité ?

Le déploiement d'indicateurs qualité à l'hôpital s'inscrit dans un mouvement transversal de prolifération de dispositifs d'auditabilité qui soulève la question sociologique de la rationalisation.

La prolifération de dispositifs d'auditabilité

Le recours à des dispositifs d'organisation ou d'évaluation des activités n'est pas nouveau : inscrit dans des processus historiques de long cours, il a accompagné le mouvement d'intégration industrielle (Chandler, 1977; Lefebvre, 2003) et les dynamiques de constitution des professions (Gadrey, 1994). Toutefois, depuis plus d'une vingtaine d'années, de nouvelles pratiques d'évaluation sont diffusées au nom des principes de transparence, de performance, et de qualité, aussi bien dans le secteur privé que dans les différents domaines de l'action publique. Elles accordent une place croissante à des formes de contrôle formalisées et extérieures aux acteurs qu'elles évaluent. Cette dynamique de grande ampleur comprend bien une part « d'inédit », qui a été analysée par les sociologues et les politistes sous de nombreuses étiquettes : explosion de la « société de l'audit » (Power, 2005 [1997]) ; déploiement d'un nouvel « esprit gestionnaire » (Ogien, 1995, 2000) ; généralisation de formes de *commensuration* (Espeland et Stevens, 1998) reposant sur la « confiance dans les nombres » (Porter, 1996) ; usage croissant du *benchmarking* (Bruno et Didier, 2013) ; diffusion massive de la forme sociale gestionnaire régie par les principes de maîtrise, performance et rationalité (Boussard, 2008) ; ou encore propagation multiforme des doctrines du *New Public Management* (Bezes et al., 2011; Hood, 1995), cet « ensemble d'idées empruntées au cadre conceptuel des pratiques administratives du secteur privé [qui] met l'accent sur le contrôle des coûts, la transparence financière, l'autonomie des sous-unités organisationnelles, [...] la création de mécanismes de marché ou de [...] contractualisation [...] et l'accentuation de la responsabilité envers

la clientèle en matière de qualité des services, grâce à la création d'indicateurs de performance » (Power, 2005 [1997], p. 94).

Massive quoique plurielle, cette dynamique repose sur la généralisation de raisonnements et de procédés managériaux, ancrés dans des dispositifs bâtis pour évaluer les organisations, les collectifs de travail ou les pratiques professionnelles. En particulier, les indicateurs visant à évaluer la performance se sont généralisés d'une manière très visible au cours des années 2000, dans un large nombre de secteurs : l'entreprise (Boussard, 2008; Gates et Langevin, 2010) ; l'administration (Bezes, 2005, 2012; Brunetière, 2006, 2010) ; les politiques européennes (Bruno, 2008, 2010) ou familiales (Boussard, 2001) ; le domaine de la justice (Vigour, 2008) et de la police (Boussard et al., 2006; Purenne et Aust, 2010) ; les politiques de la ville (Guindon, 2003; Lorrain, 2006) ; l'éducation nationale (Bottani, 2006; Demailly, 2000) ; l'enseignement supérieur et la recherche (Barrier, 2010; Bruno, 2008; Conlon, 2004; Eyraud et al., 2011; Gingras, 2008) ; les politiques environnementales (Decamps et Vicard, 2010; Dohou-Renaud, 2009; Levrel, 2008) ; et même la gestion des forêts (Bernard, 2005, 2008). Le secteur sanitaire – nous y reviendrons évidemment – n'est pas épargné par ce type d'indicateurs (Bevan et Hood, 2006; Le Galès et Scott, 2008).

On assiste donc à un véritable foisonnement transversal d'outils de gestion, de référentiels d'évaluation, de classements comparatifs et d'indicateurs de performance. Souvent techniques, parfois austères, ces dispositifs hétéroclites sont déployés à des fins de connaissance et de contrôle des activités ; leurs modes opératoires sont diversifiés, mais impliquent bien souvent une mise en équivalence, en concurrence ou en transparence des acteurs évalués. Dans leur grande variété, ils véhiculent une même *logique* générale d'« auditabilité » (Power, 2005 [1997], p. 10), c'est-à-dire d'évaluation quantitative à des fins de contrôle, de vérification ou de transformation des activités sociales. A en croire certains auteurs, ce « Logos gestionnaire » s'est répandu « *au point d'organiser de façon hégémonique les contenus de la vie sociale contemporaine* » (Boussard, 2008, p. 16) ; ce « tsunami d'auditabilité » (Espeland et Sauder, 2007, p. 2) est un phénomène de grande ampleur dont les lourds enjeux méritent d'être élucidés : « *measures, assessments, and indicators [...] are part of a global movement that is redefining accountability, transparency, and good governance in terms of quantitative measures. [...] Such measures currently mediate access to a broad array of institutions and professions; they diminish the salience of local knowledge and professional autonomy, they absorb vast resources, and they insinuate and extend market logic* » (Sauder et Espeland, 2009, p. 80). Comment rendre compte de ce mouvement multiforme qui place progressivement les logiques de l'auditabilité au cœur de la vie sociale ? Comment s'épanouit-il ? Dans quelle mesure et de quelle manière est-il capable d'exercer une emprise et de transformer le monde ? Cette prolifération soulève inévitablement la question de la nature du processus sociologique en jeu.

Un processus wébérien de rationalisation du monde ?

Ce mouvement transversal, incarné dans des dispositifs diversifiés, ne s'inscrit-il pas dans le processus de long cours décrit par M. Weber comme une rationalisation formelle des activités sociales en occident ? Comme toute une palette de normes, de standards, de systèmes de codification, il est possible d'analyser les « formalités » (Stinchcombe, 2001) construites et déployées au nom de la performance à partir des logiques de commensurabilité, de calculabilité, de prévisibilité et de contrôlabilité qu'elles véhiculent. Ces dispositifs incarnent en effet un ensemble de règles formelles abstraites, impersonnelles et universelles typiques de la domination rationnelle-légale (Weber, 1995 [1921], p. 290-294). Ce mode d'organisation des activités place au premier plan la rationalité instrumentale. Il atteint son paroxysme dans la bureaucratie, cette « cage de fer » caractérisée par la permanence, la rigidité et la prévisibilité (p. 299), caractérisée non seulement par son efficacité supérieure mais aussi par la puissante contrainte qu'elle fait peser sur les individus (p. 294-301). Sans elle, le capitalisme comme mode d'organisation économique rationalisé, assis sur la comptabilité moderne et ses capacités de prévision et de calcul, ne peut exister¹. Cette lecture wébérienne en termes de rationalisation formelle nourrit plusieurs interprétations de la prolifération de l'auditabilité.

Les gestionnaires et réformateurs promoteurs du *New Public Management* défendent la thèse de l'efficacité des dispositifs par rapport à leurs objectifs d'amélioration de la performance ou de la qualité. Leur thèse peut être résumée comme le fait V. Boussard (2008) à propos de la capacité de la forme gestionnaire à s'imposer dans les autres secteurs : ce serait « *parce qu'ils ont été sanctionnés par le marché, dans le cadre d'une utilisation dans le secteur concurrentiel, que les dispositifs [trouveraient] une légitimité fonctionnelle dans d'autres secteurs* » (p. 96). Avec cet auteur, on peut considérer que cette « efficacité de la forme gestionnaire », loin d'aller de soi, constitue surtout une rhétorique mobilisatrice². Selon d'autres travaux qui ont revisité cette thèse, la diffusion massive de ce type de procédés proviendrait moins de leur efficacité intrinsèque que de leur efficacité en matière de *légitimité*, induisant une variété de processus d'isomorphisme institutionnel (DiMaggio et Powell, 1983) ou d'adoption cérémonielle de modèles légitimes (Meyer et Rowan, 1977). M. Power (2005 [1997]) interprète largement en ces termes l'essor des pratiques d'audit, « *dont l'efficacité technique a moins d'importance que le rôle joué dans la production d'une légitimité institutionnelle* » (p. 48).

Cette lecture en termes de rationalisation formelle est aussi très présente dans les travaux qui interprètent l'essor du *New Public Management* comme la propagation d'un vaste projet idéologique

¹ « *De même que, à son stade de développement actuel, le capitalisme requiert la bureaucratie – bien que l'un et l'autre soient issus de racines historiques différentes, – de même celui-là représente le fondement économique le plus rationnel grâce auquel celle-ci peut exister sous sa forme la plus rationnelle parce qu'il lui permet, par la fiscalité, de disposer des moyens financiers nécessaires* » (Weber, 1995 [1921], p. 299).

² « *Il est difficile de mesurer concrètement les effets des dispositifs de gestion sur les pratiques en termes d'amélioration de la maîtrise de la performance et de la rationalité. Les principes agiraient plutôt sous forme de postulat, en posant de façon performative leur effectivité* » (Boussard, 2008, p. 17).

visant à imposer dans de multiples dimensions de la vie sociale des modèles issus du secteur privé. A. Ogien (1995, 2007, 2010) voit dans les dispositifs de quantification le vecteur d'un « esprit gestionnaire » (Ogien, 1995) assimilant n'importe quelle activité humaine à une activité de production industrielle qu'il s'agit d'optimiser¹. Cet esprit impose au cœur de l'action publique un modèle de rationalité instrumentale prétendant à l'universel, assis sur la calculabilité, la prévisibilité et l'objectivité, niant le caractère fondamentalement axiologique et antagonique des activités politiques (Ogien, 2007). D'autres auteurs (Hibou [dir.], 2013; Hibou, 2012) interprètent la propagation de ces formalités comme le déploiement d'un formidable processus de « bureaucratisation néolibérale », diffusant les logiques des entreprises capitalistes dans de nombreuses sphères des activités sociales, depuis les domaines de l'action publique jusqu'à la vie privée des individus. Si certains soulignent la complicité des acteurs sociaux pris dans cette nouvelle cage de fer (Hibou [dir.], 2013) et la participation bureaucratique élargie qui la rend possible (Hibou, 2012), ces différents travaux insistent surtout sur les formes de contrôle social, de domination, voire d'oppression qui se répandent à travers ce processus de rationalisation formelle, mettant « l'Etat sous pression statistique » (Bruno et Didier, 2013), impliquant « *l'assujettissement radical de la décision à la production de chiffres* » (Ogien, 2007, p. 140) et participant à « *l'envahissement des métiers par les normes managériales* » (Hibou, 2012, p. 53). Ces auteurs assument volontiers la portée critique de leurs travaux. Tout en contestant « l'efficacité » des formalités et des modèles gestionnaires, ils prêtent une puissance forte à ce mouvement transversal, surtout étudié dans ses effets désenchantés et aliénants.

Explicitement ou implicitement, ces approches établissent un lien étroit entre la prolifération d'indicateurs et la rationalisation formelle des activités sociales. Elles invitent à interroger l'essor de l'auditabilité comme l'une des dernières étapes en date d'un processus social et historique beaucoup plus vaste. En revanche, elles ont tendance à postuler une propagation très générale, au mode opératoire linéaire, parfois désincarné et souvent brutal, qui laisse dans l'ombre les mécanismes précis par lequel ce processus est susceptible de s'épanouir. La prolifération transversale d'indicateurs de performance se résume-t-elle à un processus de rationalisation formelle du monde ? Comment saisir les mécanismes concrets par lesquels ce processus transversal peut exercer une telle emprise sociale ?

Une multiplicité de dynamiques de rationalisation ?

D'autres approches nourrissent des visions moins univoques de la rationalisation, dont les racines peuvent être trouvées dans l'œuvre de Weber. Si la dimension formelle du processus y occupe une place de première importance, elle est loin d'épuiser ses analyses de la transformation des activités sociales. Avec S. Kalberg (1980), qui a recensé avec précision les usages de la notion de rationalité

¹ L'esprit gestionnaire peut être défini comme « *la méthode consistant à superposer une forme de raisonnement – économique et comptable – déconnectée du registre de signification qui lui donne son intelligibilité ordinaire à celle – politique – qui est traditionnellement accouplée à un autre genre d'activité pratique – gouverner* » (Ogien, 1995, p. 189).

dans les nombreux ouvrages de Weber, on peut souligner le caractère *multidimensionnel* des dynamiques de rationalisation¹. Au cours des différentes périodes historiques, dans les diverses dimensions de la vie sociale et dans la pluralité d'aires géographiques qui l'ont intéressé, une multiplicité de processus se sont déployés : « *rather than capable of being arranged along a line of linear development, such as the "disenchantment of the world", multifaceted rationalization processes recurrently surfaced and then faded away amidst a tapestry of shifting balances and kaleidoscopic interweavings. Paradox and irony abound in Weber's charting of this polychromatic net* » (p. 1173).

Outre le processus de rationalisation formelle – sur lequel nous ne revenons pas ici –, S. Kalberg distingue trois grandes catégories de processus de rationalisation, largement indexées aux différents types de rationalité mis en avant par Weber². La rationalisation peut d'abord être *substantive*, c'est-à-dire dotée d'une forte dimension axiologique, éthique et morale. L'action rationnelle en valeur a joué un rôle de premier plan dans de multiples processus de rationalisation dans l'histoire, induits par des « constellations de valeurs » (Kalberg, 1980, p. 1162) capables de transformer en profondeur et à grande échelle les modes de vie³. La rationalisation peut ensuite être *pratique* lorsqu'elle réside dans le déploiement de l'action rationnelle en finalité dans sa dimension pragmatique et routinière. Elle repose sur la « tendance diffuse » des acteurs sociaux à calculer et à résoudre les problèmes qu'ils rencontrent dans leurs activités quotidiennes, indépendamment de systèmes de valeurs ou de règles formelles guidant leur conduite (p. 1158). La rationalisation peut enfin être *théorique* (ou intellectuelle), lorsqu'elle concerne la manière dont les acteurs font sens du monde à partir de modèles cognitifs abstraits (p. 1152)⁴. Dans le domaine de la morale, de la religion ou de la science, la rationalisation théorique désigne le processus abstrait par lequel les acteurs font évoluer les systèmes d'idées, de croyances ou de théories, pour renforcer leur cohérence interne et leur capacité à faire sens du monde. Si ces dynamiques de rationalisation sont endogènes à l'univers des idées, elles sont loin d'être coupées des pratiques, et peuvent même avoir des effets puissants sur de vastes domaines de l'activité sociale⁵. A travers ces quatre catégories, la rationalisation ne se réduit

¹ Les difficultés analytiques pour qualifier les processus de rationalisation proviennent en grande partie du fait que le thème de la rationalité est omniprésent dans l'œuvre de Weber et évolue avec elle, sans avoir fait l'objet d'une clarification conceptuelle nette : « *Weber himself, particularly in his later writings, repeatedly admonished his readers to attend to the multivocality of his usage of "rationality" and "rationalization"* » (Kalberg, 1980, p. 1151).

² Dans ce paragraphe, nous suivons l'invitation de S. Kalberg : « *the purely conceptual inventory of the multiple Weberian types of rationality and their manifestation in a multiplicity of rationalization processes undertaken here can serve as the logical prerequisite for an exploration of the vicissitudes of rationalization processes in history at all levels of sociocultural process.* » (Kalberg, 1980, p. 1177).

³ Le meilleur exemple de la force des processus de rationalisation substantive réside sans doute dans la place cruciale que Weber accorde aux valeurs de certains groupes protestants dans l'émergence d'une conduite de vie ascétique entretenant de fortes affinités avec l'esprit du capitalisme, et qui a grandement favorisé l'émergence du capitalisme comme mode d'organisation économique dominant en occident (Weber, 2004 [1920]).

⁴ Cette forme de rationalisation est indexée à la « rationalité cognitive » sur laquelle R. Boudon (2003) a beaucoup insisté.

⁵ Un exemple des liens qu'entretiennent rationalité théorique et rationalité pratique peut être trouvé dans le rôle clé de la diffusion de certaines doctrines religieuses – comme la doctrine calviniste de la prédestination – dans la transformation

pas au processus formel, cohérent, unilinéaire et brutal de bureaucratisation et de désenchantement qui est le plus souvent mis en avant (p. 1157) ; elle apparaît davantage sous la forme d'une pluralité de dynamiques *diffuses*, reposant sur une multiplicité de mécanismes sociaux, cognitifs, et pratiques accordant une place importante à l'autonomie des acteurs sociaux.

Cette conception diffuse et plurielle de la rationalisation se retrouve dans tout un ensemble de travaux qui s'intéressent aux usages concrets des dispositifs formels. Certains auteurs soulignent la dimension axiologique ou morale de l'audit (Power, 2005 [1997], p. 32). D'autres insistent sur la dimension pratique des dynamiques de rationalisation, en identifiant la dimension informelle et les multiples jeux d'appropriation ou de détournement des dispositifs de normalisation industrielle (Segrestin, 1997) ; en soulignant la part active et autonome des acteurs professionnels (Gadrey, 1994), en soulignant que « *les dispositifs de gestion sont aussi des formes concrètes, pratiques, visant à transformer la matérialité des organisations dans lesquelles elles sont mises en œuvre* » (Boussard, 2008, p. 17) ; en identifiant les multiples « créations » dont font l'objet les « doctrines de rationalisation » appliquées dans l'industrie (Lefebvre, 2003, p. 291-292) ; ou encore en montrant comment la transformation de règles formelles peut induire indirectement des modifications pratiques dans les activités quotidiennes des chercheurs (Barrier, 2010, chap. 4). De plus rares auteurs ont souligné les usages cognitifs de ce type de dispositifs, en étudiant comment la propagation du raisonnement économique et ses usages diversifiés peuvent transformer en profondeur un secteur d'action publique (Benamouzig, 2005) ; en soulignant que les instruments de gestion permettent d'établir des connaissances sur les organisations et de nourrir des activités d'exploration ou d'innovation (Moisdon [dir.], 1997) ; en montrant comment des classements publics peuvent transformer en profondeur les modes de raisonnement des acteurs sociaux (Sauder et Espeland, 2009).

Dans l'ensemble, ces travaux se montrent plus attentifs aux modes opératoires concrets des dynamiques de rationalisation que les travaux exposés dans la section précédente. Ils accordent aussi plus d'intérêt aux « contingences » et à l'hétérogénéité des dynamiques à l'œuvre, toujours affectées par l'autonomie des acteurs sociaux. L'attention accordée aux différences contextuelles, aux jeux organisationnels et aux mécanismes concrets de propagation peut toutefois avoir pour conséquence de perdre de vue le caractère contraignant de ces dispositifs et d'obscurcir le processus transversal à l'œuvre dans leur propagation. En insistant exclusivement sur la plurimodalité, l'hétérogénéité et les détournements locaux dont ces dynamiques font toujours l'objet, ne risque-t-on pas de se rendre aveugle à ce qu'elles partagent et au processus convergent qu'elles induisent à plus grande échelle ?

En somme, il est difficilement contestable qu'une dynamique sociale majeure se joue dans cette prolifération transversale d'instruments d'auditabilité. Il apparaît fécond d'interroger cette dynamique

pratique des conduites de vie (Weber, 2004 [1920]). Selon Weber, les interprétations de cette doctrine par la masse des croyants ont lourdement affecté leur manière de se comporter et le sens accordé à leur activité professionnelle.

dans ses liens avec le processus – lui-même complexe – de rationalisation des activités sociales, d’une part sans la rabattre d’emblée sur la bureaucratisation néolibérale du monde et le désenchantement qui l’accompagne, d’autre part sans la dissoudre *a priori* dans les contingences des ordres locaux et dans l’autonomie des acteurs sociaux. N’est-il pas préférable de chercher à travailler les articulations entre le processus transversal de rationalisation formelle du monde et les formes plus diffuses de rationalisation des activités sociale ? De chercher à saisir dans un même regard le processus transversal et ses modes opératoires ? Ces problèmes étant bien trop vastes pour être traités « en général », l’ambition de cette thèse est de contribuer à les interroger à la lumière d’une étude circonscrite à un contexte institutionnel plus spécifique : le secteur hospitalier français.

2) L’hôpital comme laboratoire des dynamiques de rationalisation

En raison des multiples transformations qui le travaillent depuis une vingtaine d’années, l’hôpital constitue un bon laboratoire pour étudier les dynamiques de rationalisation induites par l’introduction de savoirs, d’instruments et de pratiques d’auditabilité. Avant de présenter plus précisément les indicateurs qualité et d’exposer la manière dont ils peuvent être construits comme un objet sociologique pertinent pour interroger la rationalisation, il est nécessaire de situer leur émergence dans la « toile de fond » élargie des mutations de l’hôpital.

Un contexte institutionnel en mutation

L’histoire sociale de la médecine aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècle est marquée par la conquête progressive de l’exercice d’un monopole par des acteurs professionnels, dans un jeu dynamique de tensions avec l’Etat et le marché (Starr, 1982). Progressivement, les médecins sont parvenus à évincer d’autres types de guérisseurs, pour conquérir une véritable autonomie professionnelle, c’est-à-dire une capacité à contrôler eux-mêmes leurs activités et leurs régulation (Freidson, 1984 [1973]). En France, les travaux consacrés à l’étude des relations entre les pouvoirs publics et la profession médicale depuis une trentaine d’année mettent en évidence une dynamique que l’on peut retracer à grands traits comme une remise en cause récente, aux effets encore incertains, d’une autonomie médicale historiquement forte. Depuis le compromis institutionnel issu de la seconde guerre mondiale et jusqu’à la fin des années 1980, les professionnels disposent d’une autonomie non négligeable par rapport à l’Etat et aux caisses d’Assurance maladie, dans un contexte de forte socialisation des dépenses de santé (Hassenteufel, 1997). Dans le contexte hospitalier local, les médecins sont traditionnellement autonomes face à la ligne hiérarchique (Stuedler, 1974). Les établissements disposent par ailleurs d’une autonomie importante vis-à-vis de l’administration centrale : l’allocation budgétaire dépend fortement des contextes politico-administratifs locaux (Schweyer, 1998). Pour toutes ces raisons, la régulation économique de la santé se limite pendant longtemps à une adaptation *a posteriori* des budgets aux dépenses et à leur augmentation régulière dans un contexte de croissance économique.

Jusqu'au début des années 1990, les pouvoirs publics ne disposent que d'informations parcellaires pour rationaliser l'activité des établissements (Moisdon, 2000a).

Depuis le début des années 1990, cette configuration historique particulière, caractérisée par la faiblesse historique d'une régulation étatique morcelée face à des organisations de santé et des médecins très autonomes, est toutefois marquée par des tentatives de reprise de contrôle par les pouvoirs publics, qui ont déployé différents instruments pour évaluer de manière quantifiée l'organisation des établissements, les activités médicales et les pratiques professionnelles. A la suite ou en parallèle de mutations similaires dans les pays anglo-saxons, qui voient se développer depuis le début des années 1980 un « *managed care* » accordant une place croissante à des savoirs gestionnaires, aux Etats-Unis (Scott et al., 2000) mais également en Grande Bretagne (McNulty et Ferlie, 2004), ces instruments portent une dynamique de « mise en transparence » et de « mise en gestion » de l'activité hospitalière qui est loin d'être aboutie et univoque. Deux grandes dynamiques qui s'épanouissent de concert depuis une vingtaine d'années doivent être distinguées.

Une dynamique de rationalisation à forte visibilité : la maîtrise des dépenses de santé

Le premier mouvement de rationalisation s'est rapidement constitué en enjeu politique majeur. Fortement publicisé, il fait l'objet de nombreuses analyses sociologiques, de nombreuses réactions professionnelles et suscite de nombreux commentaires critiques.

Ce mouvement prend essentiellement la forme de réformes verticales, visant à accroître le degré de formalisation de l'organisation du système de soins dans le but de maîtriser les dépenses de santé. En France comme dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE, la consommation de soins et de biens médicaux croît plus vite que le PIB depuis les années 1970, en raison du vieillissement de la population, des innovations technologiques et médicales, et du ralentissement de la croissance, particulièrement accentué dans les périodes de crise économique¹. A partir du milieu des années 1970, une large gamme d'acteurs met progressivement en question l'efficacité des systèmes de protection sociale dans les pays développés. Les organisations internationales, comme l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ou l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) jouent un rôle important dans les réflexions et les débats qui prennent alors leur essor autour de la question de la « régulation » des systèmes de santé. Non sans lien avec la construction de l'Union monétaire, les coûts de la protection sociale sont interprétés de manière croissante comme une « charge » pour des économies libérales en compétition dans un marché global (Palier, 2000). Mobilisant un cadre de raisonnement largement influencé par les idées de l'économie libérale, qui se développe au détriment des approches keynésiennes, la question de la « performance » des systèmes de santé est

¹ A titre indicatif, la consommation de soins et de biens médicaux représente environ 5% du PIB en 1970, un peu plus de 7% en 1990, et un peu moins de 10 % en 2009 (source : données DREES).

progressivement mise sur l'agenda, autour de la recherche d'un optimum entre coûts et bénéfices pour les citoyens/usagers (Benamouzig, 2005; Pierru et Serré, 2001).

C'est dans ce contexte particulier que la question des coûts de la santé émerge au premier plan de la scène politique et médiatique française, dans les années 1980 et 1990. Le déficit de la sécurité sociale, apparu à la suite des chocs pétroliers du début des années 1970, croît fortement au début des années 1990. Mobilisé par un nombre croissant d'acteurs politiques, administratifs, médiatiques, il fait l'objet d'un travail intense de construction symbolique, qui l'impose comme un objet politique à forte visibilité (Duval, 2002). De manière concomitante, le raisonnement économique chemine et s'impose, au cours d'un long processus d'autonomisation de l'économie de la santé, opéré par les acteurs hétérogènes qui font usage de ce « motif cognitif » dans une pluralité d'espaces institutionnels et académiques (Benamouzig, 2005). La démarche gestionnaire gagne progressivement en légitimité dans le secteur de la santé (Minvielle, 2003a; Moisdon, 2000a; Moisdon et Tonneau, 1999). En un mot, c'est un nouvel impératif qui émerge : la « maîtrise des dépenses de santé » (Hassenteufel et al., 2000). Plutôt que d'augmenter les ressources liées aux cotisations sociales dans une période de croissance économique ralentie, l'objectif qui s'impose est alors clairement de maîtriser l'augmentation des dépenses. D'abord, à travers un meilleur contrôle de la « demande » de soins de la part des patients : les années 1990 voient notamment l'émergence de mesures visant à « responsabiliser » les patients : les taux de remboursement de certains médicaments sont limités, les « forfaits hospitaliers » font leur apparition. Ensuite, par un meilleur contrôle de « l'offre » de soins par les professionnels, dans le secteur ambulatoire comme à l'hôpital¹.

A partir de la fin des années 1980, et au cours des années 1990, l'enjeu de la régulation publique de l'hôpital s'affirme comme un thème politique. Les restructurations du parc hospitalier à travers le regroupement ou la fermeture d'établissements ou de services (Contandriopoulos et Souteyrand [dir.], 1996) suscitent des prises de position tranchées, aussi bien de la part des acteurs politiques que par un certain nombre de représentants de la profession médicale, autour d'un discours souvent alarmiste sur la « crise de la santé », de débats sur la gestion ou la « gouvernance » de l'hôpital, et de thématiques réformatrices comme « l'hôpital entreprise » (Pierru, 1999). Cet impératif de maîtrise des dépenses devient un véritable leitmotiv pour les ministres de la santé des différents gouvernements qui se succèdent, de gauche comme de droite, au cours de toutes les réformes entreprises depuis la loi hospitalière de 1991 (Pierru, 2007). Celles-ci placent toutes l'objectif de maîtrise des dépenses de santé au premier plan de leurs ambitions. Face à l'opposition répétée des acteurs professionnels, qui dénoncent une approche « comptable » de la maîtrise des dépenses, le choix est fait de porter une politique de « médicalisation » de la maîtrise des dépenses de santé.

¹ A titre indicatif, d'après le panorama santé de l'OCDE pour l'année 2007 (cité dans Ritter, 2008, p. 17), les dépenses hospitalières représentent 64% des dépenses du système de santé en France (47% pour la moyenne des pays de l'OCDE).

Les « ordonnances Juppé » de 1996 impliquent non seulement la régionalisation de la régulation hospitalière, à travers la création des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), dans l'objectif d'un contrôle plus efficace des établissements par des tutelles géographiquement plus proches tout en étant plus indépendantes des enjeux politiques locaux, mais elles officialisent également le déploiement d'indicateurs « d'activité », amorcé depuis les années 1980 sous la forme du projet (devenu programme) de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), qui cherche à objectiver la « production » médicale afin de garantir une « meilleure gestion » de chaque établissement mais également du secteur hospitalier dans son ensemble (Moisson, 2000b; Moisson et Tonneau, 1999). Le PMSI a pendant longtemps été utilisé comme un outil de gestion hospitalière plus que comme un outil de régulation économique : son usage par les tutelles demeure « homéopathique » jusqu'à la fin des années 1990 (Lenay et Moisson, 2003, p. 19). Il n'en constitue pas moins un support de cognition relativement autonome, porteur d'usages pluriels (Benamouzig, 2005, p. 310), qui est appelé à jouer un rôle de plus en plus important en matière de régulation.

Ces orientations, nouvelles dans les années 1990, sont régulièrement prolongées et réaffirmées dans les réformes des années 2000. La réforme dite du « Plan Hôpital 2007 », déployée en 2003, transforme l'usage du PMSI, en généralisant la tarification à l'activité (T2A), qui remplace le système de « budget global » qui lui précédait. La T2A consiste à payer les établissements en fonction de leur activité médicale, telle qu'elle est mesurée par le système d'information PMSI, dans le cadre d'une enveloppe fixe définie par le Parlement¹. La T2A est ainsi présentée comme un instrument d'allocation budgétaire qui serait gage de maîtrise, d'efficacité et de justice. Le même « Plan Hôpital 2007 » crée des pôles médicaux budgétairement autonomes, dirigés par un médecin gestionnaire, et qui doivent s'engager vis-à-vis de la direction à réaliser des objectifs de performance formalisés dans des contrats internes. Il s'agit de « responsabiliser » les acteurs hospitaliers par rapport aux dépenses. Le « Plan hôpital 2012 » de 2007 et, plus récemment, la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) promulguée en 2009, s'inscrivent dans cette même trajectoire, en mettant notamment en avant les notions de « performance », de « responsabilisation » des acteurs et de « contractualisation » entre les différents niveaux de régulation du système de santé. La loi HPST vise notamment à renforcer la capacité de contrôle et de contractualisation de la tutelle régionale, en fusionnant les différents services de l'Etat et de l'Assurance Maladie au sein des mêmes Agences régionales de santé (ARS).

Les auteurs qui ont étudié récemment les transformations de l'hôpital induites par les instruments économiques soulignent surtout leur caractère contraignant et hétéronome : le *New Public Management* met l'hôpital « sous pression » (Belorgey, 2010), voire « en réanimation » (Mas et al.,

¹ Autrement dit, les tarifs pour chaque acte sont calculés relativement à la « production » à l'échelle nationale, dans le cadre de cette enveloppe. La T2A est donc présentée comme une manière d'empêcher une augmentation non maîtrisée des dépenses. Précisons que la rémunération à l'activité est complétée par des enveloppes spécifiques censées couvrir les missions difficilement quantifiables : prise en charge de la précarité, recherche, enseignement.

2011), en portant un modèle néolibéral de l'hôpital comme « usine à soins » suscitant adhésion ou résistances (Pierru, 2013). S'ils entretiennent – comme nous le verrons – certains rapports avec cette dynamique de maîtrise des dépenses, les indicateurs qualité qui nous intéressent ne s'apparentent pas directement à ce premier mouvement. Ils s'inscrivent surtout dans une autre dynamique, qui s'épanouit dans l'ombre de cette rationalisation par les instruments économiques, et qui permet d'observer une facette moins bien connue de la rationalisation de l'hôpital.

Une dynamique de rationalisation discrète : l'évaluation médicale et les « indicateurs qualité »

Le second mouvement qui affecte l'hôpital se déploie dans la discrétion. Moins nettement vertical, davantage porté par des représentants de la profession et provoquant moins de conflits sur la scène publique, il a aussi suscité de plus rares investigations sociologiques.

Ce mouvement prend la forme d'un processus de normalisation des savoirs et des pratiques médicales, qui émerge sous la forme d'un nouvel « impératif qualité » (Kimberly et Minvielle, 2000), dont les racines remontent aux années 1980. En effet, l'épreuve du sida et les mobilisations qu'elle suscite ne sont pas sans conséquences sur les « formes politiques » de la médecine, bousculées par la prise de parole des malades (Barbot et Dodier, 2000; Barbot, 2002; Dodier et Barbot, 2000) qui s'attachent à démocratiser le système de santé. Ces mobilisations convergent avec un renouvellement épistémique plus endogène à la médecine, voyant la légitimation d'une nouvelle approche, considérant que la pratique médicale doit être davantage fondée sur des données scientifiques validées. L'essor de cette « médecine des preuves » constitue lui-même un mouvement pluriel (Timmermans et Berg, 2003), qui implique un recours plus affirmé à des raisonnements quantifiés, à des modes d'exercice collégiaux et à des pratiques formalisées. Apparue entre la fin des années 1980 et le début des années 1990, cette médecine valorise l'approche expérimentale vis-à-vis de ce qui n'est pas « prouvé », à travers de nouvelles méthodes, comme les essais cliniques randomisés (Marks, 1999). Elle formalise également de nouveaux dispositifs de régulation professionnelle, comme les recommandations pour la pratique clinique (Castel et Dalgarrondo, 2005). Dans ce contexte, la thématique de la « qualité des soins » fait son chemin en France, jusqu'à s'imposer comme un « nouveau paradigme de l'action collective » (Setbon, 2000) contribuant à transformer l'art médical en discipline scientifiquement fondée. Contrairement à la « maîtrise des dépenses de santé » qui est dénoncée par un grand nombre de professionnels comme une forme de « rationnement des soins » (Pierru, 2007), la « qualité » est un thème certes très vague, mais qui apparaît *a priori* très légitime pour l'ensemble des acteurs du système de santé, susceptibles de se mobiliser en son nom. Plusieurs travaux offrent un point d'appui pour établir un premier panorama des enjeux de l'émergence de ces nouveaux dispositifs.

Les recherches qui se sont intéressées à l'essor de recommandations pour la pratique clinique en cancérologie depuis les années 1990 soulignent le rôle actif des acteurs professionnels dans le développement de nouveaux dispositifs d'évaluation, porteurs de nouvelles formes de légitimité

médicale et de nouvelles pratiques de jugement entre pairs (Castel et Dalgarrondo, 2005). Ces guides pour la pratique sont en effet susceptibles d'être utilisés comme des « ressources » par certains segments professionnels dans leurs relations avec leurs confrères (Castel et Merle, 2002) ou leurs patients (Castel, 2005). Porteurs de changements de pratiques et d'une forme de « rationalisation professionnelle », les nouveaux dispositifs d'évaluation sont susceptibles, au-delà des « incantations managériales » dont ils sont porteurs, d'être traduits par certains médecins (Fraisie et al., 2003), sans pour autant remettre profondément en question leurs marges de manœuvre. Ces dispositifs sont loin, dans les années 1990, de constituer les vecteurs d'une « standardisation » industrielle des pratiques médicales ou d'un contrôle purement externe (Castel et Robelet, 2009).

Ce mouvement en faveur de l'évaluation médicale s'institutionnalise progressivement (Robelet, 2002). Une expertise « savante » en évaluation médicale émerge au cours des années 1980, portée par les sociétés savantes et les représentants de certaines disciplines médicales qui engagent un travail de construction de référentiels et de guides de bonnes pratiques scientifiquement fondées. Par la suite, cette figure savante s'hybride progressivement, au cours des années 1990, avec une figure plus « industrielle » et managériale de la qualité, reposant sur l'importation ou la traduction dans le secteur sanitaire de dispositifs élaborés dans l'industrie, démarches qualité, démarches d'accréditation, audits, normalisation industrielle, « qualité totale » (Bailleul et Gandré, 2001), modèles qui circulent à l'international et sont importés en France par certains gestionnaires du système de santé et certains professionnels. Dans le contexte des débats sur la « crise » du système de santé et la maîtrise des dépenses, l'intégration partielle entre « figure professionnelle » et « figure managériale » de la qualité est le résultat de jeux de concurrence, d'une part entre représentants professionnels et experts en évaluation susceptibles de s'allier avec les régulateurs publiques ; d'autre part entre experts portant une approche très professionnelle de la qualité et experts portant une approche plus managériale susceptible de rejoindre la maîtrise des dépenses de santé (Robelet, 1999).

Après une certaine maturation de l'expertise et des expériences dans le secteur ambulatoire¹, la notion « d'évaluation médicale » se cristallise progressivement dans les institutions sanitaires. En 1989, une agence est créée dans un objectif de promotion de l'évaluation médicale : il s'agit de l'agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM). L'agence est de statut associatif, et s'affiche comme indépendante par rapport aux politiques de régulation : « *L'ANDEM est porteuse d'une évaluation méthodologique ou technique, animée par l'idéal de la décision scientifiquement fondée où les experts sont en même temps des "ex-pairs", médecins ayant pratiqué la médecine, auxquels est reconnue la légitimité de définir des critères de "bonnes pratiques"* » (Robelet, 2002, p. 175). L'agence porte l'évaluation médicale à l'échelle nationale, dans une approche

¹ Notamment les recommandations médicales opposables (RMO) déployées par la CNAM à travers ses médecins conseils. A ce sujet, voir Ogien, 2001.

d'autorégulation professionnelle. L'obligation formelle de procéder à une « évaluation » des pratiques en médecine ambulatoire comme à l'hôpital apparaît pour la première fois dans des textes législatifs lors de la réforme hospitalière de 1992. Mais dans la première moitié des années 1990, le terme « évaluation » demeure un objectif qui reste à incarner dans des dispositifs concrets. Plusieurs institutions en dehors de l'ANDEM sont alors susceptibles de s'intéresser à l'évaluation de la qualité hospitalière : la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMts), et le Ministère de la santé, notamment sa direction de l'hospitalisation (DH)¹.

Au cours des années 1990, une répartition des rôles s'installe progressivement entre ces institutions, prises dans un jeu de concurrence par rapport à ce qui est perçu comme une thématique en développement et un enjeu important de la relation entre régulateurs et professionnels. La CNAMts se concentre sur le secteur ambulatoire, alors que les « ordonnances Juppé » de 1996 créent une nouvelle agence, l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) succédant à l'ANDEM, qui est chargée à partir de 1997 de procéder à une « accréditation » (aujourd'hui renommée certification) des établissements de santé. *« L'accréditation consiste en une appréciation externe (par l'ANAES) de la mise en place d'une politique d'amélioration continue de la qualité dans les établissements de santé, cette appréciation donnant lieu à une information auprès du grand public. »* (Robelet, 2002, p. 252). L'accréditation telle qu'elle est conçue par l'ANAES s'inspire notamment de travaux de l'agence en charge de l'accréditation au Canada. Cette évaluation, obligatoire, ne donne toutefois pas lieu à des sanctions pour les établissements, qui sont quasiment tous accrédités lors de la première procédure. En 2004, une nouvelle instance est créée, la Haute Autorité de santé (HAS), qui reprend et prolonge les missions et les compétences de l'ANAES². L'agence poursuit son travail sur l'accréditation, en faisant évoluer le référentiel utilisé en 2007 puis en 2010. Entre 1980 et le début des années 2000, l'évaluation médicale s'est donc institutionnalisée, notamment au cœur d'une agence qui hybride expertise professionnelle et dispositifs législatifs, ce « compromis institutionnel » aboutissant à une forme particulière d'« obligation sans sanction » (Robelet, 1999).

« Angle mort » de l'analyse économique dans les années 1980, la « qualité » peut ainsi être analysée comme un registre d'action publique qui n'arrive pas sur l'agenda politique de manière anodine. L'obligation d'évaluer la qualité s'inscrit dans une logique plus générale : elle constitue une modalité légitime et peu conflictuelle de « l'injonction à la performance » qui s'affirme au cours des années 1990 et s'épanouit « dans l'ombre » de réformes économiques plus visibles et brutales. Comme le souligne M. Robelet (2002), si la rationalisation multiforme des activités médicales n'est pas

¹ A l'occasion de la réorganisation du ministère de la Santé, la DH prend le nom de Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) en 2001.

² Créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, la HAS remplit trois grandes fonctions : évaluation des médicaments et dispositifs médicaux (notamment en vue de leur remboursement) ; élaboration de recommandations pour les pratiques cliniques, ou en termes de santé publique ; certification des établissements de santé et accréditation des praticiens.

nouvelle, la dynamique à l'œuvre autour de la qualité comporte malgré tout une « dimension d'inédit » : « *l'apparition de ces outils n'est pas dictée par la seule évolution des savoirs scientifiques mais également par des exigences de productivité, d'efficacité, de performance, de standardisation de la production* » (p. 7). Dès lors, ce mouvement autour de la qualité permet d'étudier les dynamiques de rationalisation de l'hôpital sous un angle original, en étant attentif à leur caractère diffus, à leurs dimensions pratiques, axiologiques et cognitives, et à leur capacité à prendre appui sur les acteurs professionnels. C'est dans la dernière phase de cette dynamique que prennent forme les indicateurs qualité placés au cœur de notre recherche : les premiers sont généralisés par le ministère de la Santé en 2006 sous la forme d'un « tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales », complété en 2008 par une poignée d'indicateurs déployés par la Haute Autorité de santé pour évaluer la tenue du dossier patient et la coordination des prises en charge.

La stratégie de cette thèse consiste précisément à questionner cette vaste dynamique de rationalisation en faisant la sociologie minutieuse de ces indicateurs qualité qui s'attachent – à leur manière et aux côtés d'autres dispositifs – à ouvrir la « boîte noire » du fonctionnement de l'hôpital.

2. Les « indicateurs qualité » comme objet révélateur de la rationalisation à l'hôpital

Il nous faut maintenant qualifier plus précisément l'objet de la thèse, de manière à ancrer cette interrogation générale autour de la rationalisation à l'hôpital dans les problèmes sociologiques plus spécifiques soulevés par la généralisation des indicateurs qualité.

1) Les « indicateurs qualité » comme objet sociologique

Techniques et périphériques par rapport aux enjeux économiques à forte visibilité, les indicateurs qualité (IQ) déployés par l'Etat au cours des années 2000 n'ont jusqu'à présent pas retenu l'attention des sociologues et des politistes¹. Ils se sont pourtant imposés en l'espace d'une petite décennie dans le secteur hospitalier, au point de faire l'objet d'une généralisation massive à l'échelle nationale. Sans détailler d'emblée toutes les facettes de ces indicateurs – dont l'émergence, la composition et le déploiement seront placés au cœur de tout ce qui suit –, il est utile de donner à voir dès maintenant les principales dimensions empiriques et sociologiques de cet objet singulier.

L'objet empirique : dispositifs techniques et usages sociaux

Commençons par présenter succinctement les principales caractéristiques de notre objet empirique. Les IQ sont des dispositifs formels bâtis pour évaluer quantitativement certaines

¹ En revanche, les IQ ont fait l'objet d'investigations de la part des chercheurs qui ont contribué à leur élaboration. Notre recherche se distingue toutefois de ces travaux en portant un regard sociologique distancié sur ces dispositifs de gestion.

dimensions des activités hospitalières, comme l'organisation de la politique de lutte contre les infections nosocomiales, la surveillance des infections associées aux soins, la traçabilité des prises en charge dans le dossier patient ou le respect de certaines recommandations professionnelles en matière d'hygiène hospitalière, de prescription d'antibiotiques, d'évaluation de la douleur, etc.

Les éléments à évaluer sont définis dans des cahiers des charges et des nomenclatures adossées à des recommandations médicales et des approches gestionnaires. Les IQ impliquent des opérations de « collecte » puis de saisie des informations, plus ou moins automatisées, à partir d'échantillons de supports matériels (comme le dossier patient) ou dématérialisés (comme les logiciels de suivi des prescriptions ou des infections). Ils donnent lieu à des opérations de calcul informatique définies dans des algorithmes, respectant les canons métrologiques de la statistique et de l'épidémiologie. Ils permettent de projeter une image simplifiée de la qualité, sous la forme de taux de conformité, de ratios de progression, de classements de la performance. Ces « résultats » quantifiés et comparatifs peuvent être agencés, cumulés, répliqués et projetés dans une variété de formes graphiques plus ou moins élaborées : tableaux, cartes, diagrammes, outils de « *benchmarking* » etc. Loin d'être neutres, ces indicateurs généralisés par l'Etat dans la seconde moitié des années 2000 ont une « charge » : ils outillent une logique de mise en quantification, de mise en équivalence et de mise en transparence de certains aspects de l'activité hospitalière.

Ces dispositifs techniques suscitent des usages sociaux variés. Autour d'eux, un petit monde social hétéroclite s'est progressivement mis en mouvement aux différents échelons de l'action publique hospitalière. Journalistes, représentants des patients, responsables institutionnels, experts-chercheurs en sciences de gestion ou en santé publique, professionnels de santé investis dans la politique qualité à l'échelle de leurs établissements ou de leur région : une multiplicité d'acteurs contribue à la construction de ces IQ et participe à leur déploiement. Suite aux premières expérimentations puis de leur généralisation nationale obligatoire, les acteurs professionnels et les gestionnaires de l'hôpital ont été exposés de manière croissante à ces dispositifs dans les années 2000. En somme, les indicateurs qualité sont des dispositifs techniques et sociaux multifacettes, qui ont à la fois un ancrage « professionnel » et un ancrage « managérial ». Il est possible de construire un regard sociologique sur la généralisation de ces objets empiriques.

La généralisation des indicateurs qualité comme objet sociologique

A la suite des auteurs qui ont montré comment les outils de gestion constituent l'une des voies d'entrée possibles pour comprendre le fonctionnement et la régulation des organisations (Boussard, 2001; Moisson [dir.], 1997), ou comment l'instrumentation peut servir de « révélateur » de l'action publique et de ses transformations (Lascoumes et Le Galès [dir.], 2004, p. 25), les indicateurs qualité peuvent être construits comme un objet sociologique pertinent pour interroger la dynamique de rationalisation à l'hôpital.

Au-delà de leur aspect austère, ils gagnent d'abord à être saisis dans leur dimension instrumentale, c'est-à-dire comme « *un dispositif à la fois technique et social qui organise des rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et ses destinataires en fonction des représentations et significations dont il est porteur* » (Lascoumes et Le Galès [dir.], 2004, p. 13). Prenant la suite d'un ensemble de travaux séminaux autour des « outils » de gouvernements (Hood, 1986), de la philosophie des techniques (Simondon, 1989) ou des analyses foucaaldiennes de la « gouvernementalité », les auteurs qui ont formalisé l'approche de l'action publique « par ses instruments » (Halpern et al. [dir.], 2014; Lascoumes et Le Galès [dir.], 2004) invitent à interroger le pouvoir de l'Etat tel qu'il peut être tracé par l'analyse des techniques de gouvernement. Les choix techniques faits en matière d'instrumentation sont alors révélateurs d'enjeux éminemment politiques. Loin d'être neutres, les indicateurs sont susceptibles de porter des valeurs, des normes sociales, en un mot une « théorisation politique implicite » (Lascoumes et Le Galès [dir.], 2004, p. 27). Les indicateurs peuvent ainsi être analysés comme des « institutions » capables de peser sur les acteurs sociaux (Lascoumes et Le Galès [dir.], 2004, p. 15) et de générer des effets de pouvoir, non seulement en organisant des relations de pouvoir, mais aussi de par leur « force d'action propre » (p. 31). Cette approche « par les indicateurs » permet de placer au premier plan la combinaison de ressources spécifiques que l'Etat, cet « animal politique » singulier, peut déployer pour appréhender et transformer le monde social (Hood, 1986).

Les indicateurs qualité ne se réduisent toutefois pas à leur dimension « technique » et instrumentale. Ils gagnent à être saisis également dans leur dimension cognitive. Construits à partir d'une variété d'approches médicales, de savoirs et de techniques d'épidémiologie et de sciences de gestion, ils entretiennent des rapports étroits avec des croyances sociales, des normes et des théories plus ou moins formalisées. Comme les instruments de gestion, les IQ sont des dispositifs cognitifs, des assemblages formels d'un « *ensemble de raisonnements et de connaissances* » dotés d'une vie propre (Moison [dir.], 1997, p. 3). Non sans lien avec les appropriations stratégiques dont ils peuvent faire l'objet, les indicateurs qualité peuvent avoir d'importants effets normatifs et cognitifs. Ils s'apparentent ainsi à des « formalités », des « abstractions qui gouvernent » (Stinchcombe, 2001, p. 43). Ils peuvent finalement être saisis comme un « motif cognitif » telle que cette notion a été forgée par D. Benamouzig (2005, 2014) pour saisir les recompositions du raisonnement économique dans le secteur de la santé en France depuis les années 1950. Les motifs sont des dispositifs cognitifs « *dotés d'une certaine autonomie, qui les distingue d'autres éléments empiriques, de nature plus classiquement sociale ou matérielle* » (Benamouzig, 2005, p. 7). Appliquée aux indicateurs, cette notion permet de saisir les relations entre les idées qu'ils encapsulent, leurs usages sociaux et leur matérialité, pour saisir comment ils sont susceptibles d'affecter les institutions publiques régulatrices de l'hôpital, les organisations de soin et les professionnels de santé. Dans leurs différentes dimensions,

les IQ offrent ainsi une prise empirique astucieuse pour interroger sociologiquement les dynamiques de rationalisation à l'hôpital.

2) Trois problèmes soulevés par la généralisation des indicateurs qualité à l'hôpital

Appliqué à cet objet singulier, notre questionnement général autour de la rationalisation à l'hôpital peut être spécifié autour de trois problèmes sociologiques étroitement articulés.

Quelles transformations de l'action publique sanitaire ?

Le premier ensemble de problèmes a trait à la transformation de l'action publique qui se joue dans le recours croissant à ce type d'instruments d'évaluation et de quantification. Ce déploiement de dispositifs d'évaluation de la qualité peut se faire dans une logique bureaucratique classique de *command and control*, en équipant les institutions de régulation en informations sur les agents qu'elles sont censées contrôler, en leur permettant d'établir des « cibles » de résultats quantifiées dont l'atteinte peut être mesurée (Bevan et Hood, 2006) pour affermir le contrôle hiérarchique exercé sur les établissements de santé. Ces instruments peuvent alors donner lieu à des usages institutionnels directs en matière de régulation : « *certain instruments comme les indicateurs, le benchmarking et les best practices, qui sont souvent présentés comme visant essentiellement la collecte d'informations et la comparaison, peuvent se révéler, dans certains cas, de puissants instruments de contrainte contrôlés par l'Etat* » (Lascoumes et Le Galès, 2004, p. 369). Ce type de dispositif peut aussi donner naissance à des mécanismes de « quasi-marchés » susceptibles de transformer profondément le mode de régulation des établissements de santé (Le Galès et Scott, 2008). Mais la diffusion de ces instruments peut également avoir pour objectif assumé de déployer des mécanismes de « gouvernement à distance » (Rose et Miller, 1992) cherchant davantage à influencer les comportements en exerçant un pouvoir plus diffus, à discipliner les acteurs sociaux en leur faisant intérioriser les pressions institutionnelles (Sauder et Espeland, 2009). Gouverner par les instruments peut aussi être une manière de techniciser les débats, de « dépolitiser » l'action publique afin de mettre en œuvre des réformes impopulaires (Lascoumes et Le Galès, 2004, p. 367). Par le déploiement du modèle de « l'Etat-stratège » (Bezes, 2005) et à travers les recettes multiformes du *New Public Management*, les régulateurs seraient en quête de manières plus fluides et légères d'intervenir sur le secteur hospitalier. Les informations produites par ces instruments peuvent enfin être mobilisées pour « mettre en concurrence » les hôpitaux vis-à-vis d'usagers redéfinis comme des « consommateurs » de soins capables de jouer un rôle actif dans la réforme du système (Batifoulier et al., 2008).

Ces différents modes d'action peuvent évidemment se combiner, s'opposer ou différer selon les instruments, qui peuvent donner lieu à des usages contrastés. Les usages effectifs sont également susceptibles de différer des intentions initiales des réformateurs. Les indicateurs qualité sont-ils

utilisés pour inciter à l'amélioration de la qualité à travers des contrats ? Pour donner des cibles et vérifier leur atteinte dans une logique bureaucratique classique ? Pour « discipliner » les acteurs professionnels ? Pour organiser un « marché des soins » au sein duquel le consommateur ferait librement son choix ? Qualifier la dynamique de rationalisation qui se joue à travers l'évaluation de la qualité implique de comprendre par quel processus, selon quelles logiques et avec quels effets l'Etat en vient à déployer ces indicateurs. Cette interrogation en soulève immédiatement une autre.

Quels effets sur l'autonomie des professionnels et des établissements ?

Le deuxième ensemble de problèmes qui nous intéresse a trait aux effets de ce déploiement d'instruments d'évaluation de la qualité sur l'autonomie des professionnels et des organisations de soin. L'organisation de l'hôpital est typique de ces « bureaucraties professionnelles » (Mintzberg, 1982) dont le fonctionnement est profondément marqué par la coopération de différents groupes professionnels, au premier rang desquels les médecins.

Comme le suggère E. Freidson (1986), le travail professionnel se déploie dans une variété d'activités complexes, caractérisées par un degré élevé d'incertitude, qui confèrent aux acteurs professionnels une large autonomie dans l'accomplissement des tâches et dans la définition, la supervision et l'évaluation de leurs activités. Les professionnels, à travers leur autorégulation emprunte de collégialité, sont traditionnellement en mesure de résister avec une certaine efficacité aux entreprises externes d'évaluation, de contrôle ou de standardisation de leurs activités (Gadrey, 1994). Les instruments de mesure de la performance peuvent ainsi être « découplés » du cœur des activités des médecins ou des infirmiers (Dent, 2003), susciter des pratiques de « gaming » de la part des gestionnaires (Bevan et Hood, 2006) ou des usages « futiles » limités à des formes d'évitement du blâme (Hood, 2007). Il faut pourtant se garder d'une vision « éternelle » du pouvoir professionnel : loin d'être des organisations immuables, les bureaucraties professionnelles sont travaillées par des dynamiques de rationalisation lourdes, pour partie endogènes à la profession, pour partie induites par des contraintes exogènes qui peuvent peser sur l'autonomie (Gadrey, 1994). Dès lors, il est peu surprenant que les recherches consacrées aux mutations du secteur hospitalier oscillent entre, d'une part, le constat d'une certaine stabilité, d'une certaine « dépendance au sentier » (Pierson, 2000), marquée par l'inertie d'une autonomie forte des professionnels face aux institutions publiques, et, d'autre part, la nécessité de rendre compte de recompositions induites par la généralisation d'une variété d'instruments de contrôle et d'évaluation.

Le déploiement d'une variété d'instruments de contrôle et d'évaluation a été interprété par certains auteurs comme une « déprofessionnalisation » de la médecine, soumise à une standardisation et à une homogénéisation croissante des tâches (Ritzer et Walczak, 1988). Sous une forme plus nuancée, cette thèse est présente dans certains travaux récents qui soulignent les effets puissants du « *New Public Management* » ou du « modèle néolibéral » sur le travail professionnel à l'hôpital

(Belorgey, 2010, 2013; Mas et al., 2011; Pierru, 2007). Selon ces auteurs, les instruments de mesure de la performance déployés par l'Etat mettraient en vulnérabilité les professionnels et contribueraient à transformer en profondeur l'ethos des médecins, en acculturant les professionnels de santé aux logiques néo-managériales et à l'évaluation de la performance financière. Comme le soulignent H. Bergeron et P. Castel (2014), de nombreuses recherches mettent par ailleurs en avant le renforcement des directeurs et des gestionnaires face aux médecins à l'intérieur des établissements, dans la mesure où ces derniers disposent d'une expertise et de compétences particulières pour répondre aux enjeux véhiculés par les réformes en matière de coordination ou de performance économique (p. 138). Pour autant, les effets concrets de ce renforcement managérial sur le contrôle du travail professionnel ne sont pas bien établis dans la littérature (Bergeron et Castel, 2014, p. 139). Il convient d'interroger ces éventuels mécanismes de mise en vulnérabilité des professionnels sans les tenir d'emblée pour acquis.

D'autant que d'autres travaux suggèrent plutôt que l'autocontrôle professionnel se maintient dans ses grandes lignes (Freidson, 1985), du moins à l'échelle collective, par le biais d'une stratification interne à la médecine, qui voit la constitution d'une « élite du savoir professionnel » (Freidson, 1984, p. 16) de plus en plus associée à l'élaboration des instruments et standards de régulation et d'une nouvelle élite gestionnaire à la frontière de la gestion et de la clinique, ces deux pôles se distinguant des cliniciens « de terrain ». Certains auteurs montrent que ces groupes de professionnels sont en mesure de « coloniser » les lieux de production de la régulation et de façonner le travail normatif qui s'y déploie (Ferlie et McGivern, 2014). Dans une perspective comparable, d'autres auteurs soulignent que les médecins gardent en grande partie la main sur les usages stratégiques qu'ils peuvent faire des *guidelines* ou des normes professionnelles établies par les institutions de régulation (Castel et Merle, 2002).

Les effets sur l'autonomie professionnelle du déploiement par l'Etat d'instruments de contrôle sont loin d'être fermement établis dans la littérature. Au travers ces indicateurs qualité, assiste-t-on finalement à la diffusion de nouvelles régulations qui épousent les jeux de pouvoir en place sans remettre fondamentalement en cause les équilibres institutionnels ? Ou l'Etat reprend-il la main sur les organisations professionnelles ? Au vu de la complexité du processus à l'œuvre, traiter de ces deux ensembles de problèmes ne doit pas conduire à s'enfermer dans une analyse binaire en termes de « perte » ou de « gain » de pouvoir professionnel ou étatique, ou dans le dilemme de la « coupe à moitié vide ou à moitié pleine » de l'érosion de l'autonomie des médecins (Timmermans et Kolker, 2004, p. 188). Cela nous amène à soulever une troisième et dernière interrogation.

Quelle rencontre entre dynamiques institutionnelles et professionnelles ?

Plutôt que d'opposer de manière schématique projets managériaux et intérêts professionnels (Bergeron et Castel, 2014, p. 140), il apparaît judicieux de chercher à qualifier positivement les

recompositions induites par la rencontre entre les instruments déployés par l'Etat et les dynamiques professionnelles (Bezes et al., 2011). Il s'agit alors d'interroger les phénomènes d'hybridation ou d'intégration entre régulation institutionnelle et contrôle professionnel, entre logiques gestionnaire et médicale, entre normes institutionnelles et règles locales.

En raison des luttes de concurrences qui animent les relations entre groupes professionnels, certains sont amenés à s'approprier les logiques institutionnelles véhiculées dans les instruments : « *les notions de rendement, d'efficacité, de qualité, de polyvalence, qui étaient jusque-là pensées comme extérieures au registre de la professionnalité en font désormais partie intégrante et sont même parfois revendiquées* » (Bezes et al., 2011, p. 309). Cette dynamique ressort tout particulièrement de travaux qui ont étudié l'institutionnalisation de l'évaluation de la qualité en France (Fraisie et al., 2003; Robelet, 2002), et qui soulignent l'hybridation en tension des différentes « figures » industrielles et professionnelles de la qualité. Parce que les réformes managériales donnent naissance à de nouvelles « juridictions » professionnelles (Abbott, 1988), elles offrent des opportunités de professionnalisation pour une variété d'acteurs et de groupes, « faiseurs de performance » (Boussard, 2008) qui incarnent par leurs parcours et leurs fonctions cette hybridation entre la forme gestionnaire et la forme professionnelle.

Certains auteurs montrent qu'à travers le déploiement d'une variété d'instruments managériaux, ce sont des formes plus « organisées » et « bureaucratisées » de travail professionnel qui s'épanouissent. J. Evetts (2011, p. 334) distingue ainsi deux modèles idéal-typiques de professionnalisme : l'*occupational professionalism*, caractérisé par l'autorité collégiale, le contrôle professionnel du travail adossé à la confiance des clients et l'éthique sur laquelle veille une communauté professionnelle ; l'*organizational professionalism* marqué par le contrôle managérial, des formes d'autorité rationnelles-légales adossées à des procédures standardisées, des structures hiérarchiques, des instruments externes d'auditabilité et d'évaluation de la performance. Elle défend l'idée que le *New Public Management* promeut le second modèle sans pour autant faire disparaître tous les attributs du premier (2011, p. 335). Des travaux qui étudient le secteur sanitaire français défendent l'idée qu'on assiste moins à des dynamiques de désintégration professionnelle qu'à une nouvelle dynamique « d'intégration institutionnelle », rapprochant médecine et régulation publique au sein d'une forme bureaucratique renouvelée, à dominante verticale (Benamouzig et Pierru, 2011; Benamouzig et Robelet, 2014). Si elle n'exclut ni la persistance de formes d'autonomie professionnelle aux différents échelons du système ni l'influence que peuvent exercer les professionnels sur l'action publique, cette dynamique transversale d'intégration institutionnelle repose surtout sur la multiplication de normes bureaucratiques formelles et d'instruments de contrôle qui encadrent de plus en plus cette autonomie, l'intégrant à l'intérieur d'un système plus organisé et hiérarchisé dont la maîtrise échappe au contrôle exclusif des professionnels. Dès lors que cette dynamique n'est plus envisagée uniquement du point de vue de la profession, « *l'érosion de*

l'autonomie des professionnels s'apparente moins à une moindre intégration professionnelle qu'au renforcement de leur intégration institutionnelle » (Benamouzig et Pierru, 2011, p. 328).

Si ces travaux convergent pour souligner que l'hôpital n'est pas seulement un monde professionnel, mais aussi – et sans doute de plus en plus – un univers organisé et institutionnalisé, la dimension « opérationnelle » de ces processus d'intégration a fait l'objet de peu d'attention de la part de ces auteurs. La généralisation des IQ permet justement de questionner ce processus dans sa dimension concrète et incarnée. Dans quelle mesure révèle-t-elle une dynamique de ce type ? Que nous apprend-elle sur ses modes opératoires ? Est-elle le fruit d'une imposition verticale faisant suite à une intention réformatrice de la part d'une élite réformatrice ? Proviend-elle de dynamiques plus diffuses induites par la propagation de raisonnements économiques et gestionnaires ? Est-elle façonnée stratégiquement par certains segments professionnels ? La thèse se positionne par rapport à ces trois problèmes sociologiques.

3) L'argument transversal de la thèse : sociologie d'une rationalisation en douceur

Résumons notre démarche. Cette thèse a pour ambition d'interroger le mouvement de prolifération de l'auditabilité dans sa signification en matière de rationalisation des activités sociales. Parce que cette question sociologique est vaste et complexe, elle gagne à être examinée à la lumière des transformations à l'œuvre dans le secteur hospitalier. Nous avons choisi de procéder à l'étude empirique approfondie d'un objet en apparence mineur : la généralisation d'indicateurs qualité, qui soulève des problèmes sociologiques en termes de transformation de l'action publique, d'effets sur l'autonomie professionnelle et de rencontre entre dynamiques institutionnelles et professionnelles. Il nous faut dès lors répondre à une série de questions : dans quel contexte ces dispositifs ont-ils émergé ? Quelle est l'ambition des acteurs institutionnels qui les déploient ? Comment ont-ils été socialement construits ? Comment sont-ils bâtis techniquement ? A quel degré et de quelle manière affectent-ils la régulation publique hospitalière, les organisations de soin et les activités professionnelles ? Ces problèmes peuvent être subsumés en une question de recherche simple, placée au cœur de la thèse : *en quoi la généralisation d'indicateurs qualité par l'Etat induit-elle un processus de rationalisation de l'hôpital ?*

Dans les chapitres qui suivent, nous répondons à cette question de recherche en avançant que le déploiement des IQ d'Etat induit un processus original de « rationalisation en douceur » de l'hôpital. Que faut-il entendre par là ? D'une part, nous soutenons que l'élaboration et la généralisation de ces instruments d'évaluation de la qualité *transforme en profondeur* certains aspects essentiels de la régulation publique, des organisations de santé et des activités professionnelles, en véhiculant une formalisation, une auditabilité et une contrôlabilité accrue des activités de soin, en secrétant pas à pas une intégration bureaucratique du secteur hospitalier. D'autre part, nous affirmons que la force de cette

rationalisation tient à son mode opératoire original et paradoxal : elle est instillée *en douceur*, par le biais d'une instrumentation lourde d'ambiguïtés, liée à une qualité polysémique, capable de se greffer discrètement sur une constellation d'acteurs, de pratiques, de stratégies et de logiques. La douceur du processus repose sur le caractère hybride des instruments de mesure, qui rapprochent dans leurs formes techniques des logiques et des usages hétérogènes voire antagonistes ; elle repose sur l'engagement plurivoque et le travail multiforme d'un ensemble d'acteurs sociaux qui se font les vecteurs de la rationalisation de l'hôpital en s'emparant de ces IQ et en amortissant les tensions qui se font jour autour de leur généralisation ; elle repose sur la capacité proprement cognitive de ces dispositifs à diffuser une conception prudente de la régulation hospitalière, à s'ancrer dans les esprits d'une variété d'acteurs hospitaliers, à transformer leurs modes de raisonnements sans faire de vague.

Loin de se réduire à l'imposition brutale ou unilinéaire de normes bureaucratiques formelles ou à une « industrialisation » de l'hôpital, la rationalisation par les IQ repose ainsi sur l'agencement de mécanismes normatifs, pratiques et cognitifs auxquels participe activement une pluralité de professionnels de santé. Cette sociologie des indicateurs qualité à l'hôpital montre comment un processus de rationalisation étonnamment puissant peut être secrété collectivement, en tension entre contrainte et autonomie, et parvenir à transformer « en douce » des bureaucraties professionnelles pourtant susceptibles de résister à ce type d'entreprise. Cette recherche appelle à saisir les dynamiques de rationalisation dans ce qu'elles ont de subtil, de complexe et de diffus ; elle invite à remettre en question la dimension purement brutale et formelle de ce type de processus sans pour autant perdre de vue ses effets transversaux, qui débordent largement les contingences locales.

3. Saisir empiriquement la généralisation des IQ : aspects méthodologiques

Il nous reste à présenter les aspects méthodologiques et pratiques par lesquels nous avons saisi empiriquement ce processus de généralisation des indicateurs qualité par l'Etat.

1) Une méthodologie ancrée dans la sociologie de l'action organisée

Cette thèse mobilise essentiellement une approche de sociologie de l'action organisée. Sans détailler ici cette démarche qui a fait l'objet d'exposés approfondis ou synthétiques (Friedberg, 1993; Musselin, 2005), il paraît nécessaire d'en rappeler les grands principes et de clarifier la manière dont nous l'avons appliquée à l'étude de la dimension instrumentale et cognitive des indicateurs qualité.

Saisir l'Etat « au concret » et « en action »

Cette approche conduit à considérer que l'action publique est « *un objet particulier, mais pas singulier* » (Musselin, 2005, p. 54) : le sociologue qui la mobilise porte le même regard sur les activités de l'Etat que sur d'autres types d'activités sociales. Il emploie des méthodes, des cadres

interprétatifs et des questionnements qui ne se limitent pas à une interrogation sur le « politique ». Il s'agit alors moins d'étudier une « décision » ou une « réforme » que de s'intéresser à l'action « en train de se faire » (Musselin, 2005, p. 55), d'étudier l'Etat « au concret » (Padioleau, 1982, p. 10), c'est-à-dire comme un ensemble d'acteurs et d'organisations en activité et en relation.

C'est bien ce regard que nous portons sur l'action publique qui prend forme autour des indicateurs qualité : nous étudions moins une « politique publique » au sens étroit du terme – nous verrons que les IQ ne se constituent comme tels que tardivement – que le système qui se tisse autour d'eux dans la pratique. L'étude empirique a ainsi souvent « débordé » la question des seuls indicateurs pour appréhender des questions de contexte ou de relations plus générales entre acteurs. Ces dispositifs sont néanmoins des objets tangibles qui offrent une « prise empirique » idéale pour saisir l'action publique hospitalière, et ce pour deux raisons. D'une part, ils constituent un « petit » objet doté d'un « grand » destin : ils ont été élaborés par un ensemble relativement restreint d'acteurs et d'institutions depuis la fin des années 1990, tout en faisant l'objet d'une généralisation massive à l'échelle nationale depuis le milieu des années 2000. D'autre part, ces dispositifs s'inscrivent dans une histoire institutionnelle encore récente et loin d'être close, qui permet d'enquêter sur le processus en cours de déploiement avant que la « boîte noire » de sa genèse ne se referme¹.

Il est dès lors possible de saisir dans un même regard l'ensemble de la chaîne d'action dont ils constituent la colonne vertébrale, de comprendre les jeux institutionnels autour de leur élaboration sans négliger leurs effets à l'échelle la plus locale, dans un effort d'articulation analytique entre dynamiques institutionnelles et « ordres locaux » qui ne va pas de soi (Musselin, 2005, p. 59). Cette articulation d'une enquête institutionnelle approfondie et d'une enquête de sociologie des organisations à l'intérieur de plusieurs établissements constitue l'une des originalités de ce travail. Par l'étude de ce déploiement, il est possible d'identifier des dynamiques mésologiques à l'échelle du secteur hospitalier et de nourrir une réflexion plus large sur l'essor de l'auditabilité.

La démarche inductive et ses postulats méthodologiques

Cette approche de sociologie de l'action organisée a aussi des implications en termes de méthode d'investigation. Il s'agit d'une démarche d'enquête non seulement qualitative, mais aussi inductive (Friedberg, 1993, p. 304) plutôt qu'hypothético-déductive : « *on construit et on fait évoluer une question de recherche en fonction du terrain, plutôt qu'on utilise le terrain pour apporter des réponses à une problématique ou à un cadre analytique prédéfinis* » (Musselin, 2005, p. 62). En cela, la démarche se rapproche de la « théorie ancrée » telle qu'elle a été définie par A. Strauss et

¹ A titre de comparaison, le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) a une histoire beaucoup plus longue et complexe. La tarification à l'activité (T2A) à laquelle il a donné naissance se révèle être une machine d'une complexité incroyable (Abena-Tsoungui, à paraître), qu'il n'aurait pas été possible de saisir en finesse dans toutes ses dimensions à l'échelle d'une seule thèse.

B. Glaser (1967) : le sociologue fait émerger une problématique et des schémas interprétatifs à partir de l'immersion sur son terrain et de son travail approfondi des données, ce qui suppose un processus itératif entre investigations empiriques et lectures plus théoriques. C'est en procédant de cette manière que nous avons progressivement recentré nos investigations sur la question des indicateurs qualité et élaboré notre questionnement, au cours d'un parcours de recherche non linéaire, qui a cheminé aux côtés de deux projets collectifs (IMGENI et EVALECO). Ce parcours est résumé dans l'annexe 1.

La place accordée à l'enquête de terrain dans cette démarche inductive ne doit pas faire oublier que la sociologie de l'action organisée repose sur un ensemble cohérent de postulats forts, qui gagnent à être clarifiés. En premier lieu, elle considère que les acteurs sociaux sont dotés d'une autonomie significative. Il convient toutefois de se garder d'une lecture caricaturale de ce postulat : comme le suggère C. Musselin, « *il ne s'agit jamais d'ignorer que les contraintes institutionnelles (règles, procédures, routines), mais aussi sociales ou sociétales, sont présentes et pèsent, mais d'affirmer que les connaître et les identifier ne permet jamais de prédire les comportements que les acteurs vont adopter, les arrangements qu'ils vont développer entre eux, la manière dont ils vont jouer avec les règles* » (Musselin, 2005, p. 64). En second lieu, cette approche postule que les acteurs sont dotés de rationalité : parce qu'ils ont de « bonnes raisons » d'agir comme ils le font (Boudon, 2003), un sens peut être attribué à leur comportement. Pour autant, cette rationalité n'a rien à voir avec celle dont est doté l'agent égoïste et maximisateur modélisé par l'économie néoclassique (Friedberg, 1993, p. 43-64) ; d'une part, parce qu'elle est limitée par tout un ensemble de contraintes (Simon, 1945) ; d'autre part, parce qu'elle est « plurimodale » : elle peut être mue aussi bien par des intérêts, des valeurs ou des idées que par des contraintes institutionnelles (Musselin, 2005, p. 65). En troisième lieu, cette approche postule que les rapports de pouvoir entre acteurs jouent un rôle de premier plan dans la structuration du social (Crozier et Friedberg, 1977; Crozier, 1963). En raison du primat accordé au caractère local et réciproque de ces jeux stratégiques, les travaux de sociologie de l'action organisée ont souvent été accusés de « *dissoudre la dimension politique, de ne pas rendre compte de l'exercice de la violence, [...], d'être hermétique aux phénomènes de domination* » (Musselin, 2005, p. 65). Rien dans cette approche n'empêche pourtant de souligner le caractère asymétrique des relations de pouvoir et de saisir que « *tout n'est effectivement pas négociable* » (p. 66).

Au cours des différentes phases de notre investigation, nous avons endossé ces postulats : nous nous sommes attachés à saisir les relations qui s'organisent « au concret » autour des indicateurs d'Etat, les logiques selon lesquelles des acteurs autonomes entrent dans le jeu de leur élaboration, de leur utilisation ou de leur contestation, en nous montrant attentifs à la dimension de pouvoir qui caractérise leurs relations... sans oublier pour autant que « *structure formelle et rapports informels [...] se complètent et s'interpénètrent* » (Crozier, 1963, p. 203) et que l'Etat, même saisi dans ses composantes et activités multiples, reste une institution dotée de ressources spécifiques et capable de peser sur les comportements : selon le bon mot de J.-G. Padioleau (1982), l'évaporation du postulat de

l'Etat comme « *grand manitou lycanthrope [...] ne gomme pas le fait brutal du monopole de la contrainte* » (p. 10). Les chapitres qui suivent établiront l'intérêt de saisir empiriquement ces tensions entre autonomie et contrainte des acteurs à la lumière de la généralisation des IQ par l'Etat.

Une démarche attentive à la dimension instrumentale et cognitive de l'action publique

Si la sociologie de l'action organisée constitue le socle principal de cette thèse, les spécificités de notre objet sociologique nous ont conduites à étayer cette approche méthodologique de deux manières. D'une part, nous avons mobilisé une approche de l'action publique « par les instruments » qui se révèle complémentaire de la sociologie de l'action organisée. En attirant l'attention sur la matérialité de l'action publique (Lascoumes et Le Galès [dir.], 2004, p. 27), elle invite à déconstruire analytiquement les indicateurs. Il s'agit alors non seulement de suivre le processus social de leur « construction », mais aussi à rentrer véritablement dans la « boîte noire » de leur technicité. Cette approche nous a conduits à enquêter concrètement sur la manière dont les IQ ont émergé dans le contexte spécifique de la fin des années 2000, puis ont été façonnés et transformés au cours du temps. Nous avons également tâché de déconstruire la manière dont ils sont bâtis et les intérêts qu'ils sédimentent, dans le but de comprendre ce que leurs caractéristiques techniques et leur mode opératoire révèlent de la dynamique de transformation de l'hôpital et de sa régulation.

D'autre part, nous nous sommes attachés à accorder une attention particulière aux idées, aux croyances et aux savoirs qui caractérisent l'action publique par ces « motifs cognitifs » (Benamouzig, 2005) que sont les IQ. Nous nous sommes tournés vers les travaux consacrés par A. Desrosières à la statistique (1993), qui invitent à « *nouer ensemble des récits habituellement séparés : histoire technique des schèmes cognitifs, histoire sociale des institutions et des sources statistiques* » (p. 17). A une échelle différente, le fil qui relie les différentes dimensions des indicateurs qualité est bien, comme dans le cas des instruments statistiques, « *la fabrication, par un investissement coûteux, de formes, techniques et sociales, permettant de faire tenir un ensemble de choses distinctes, en créant ainsi des choses d'un autre ordre* » (p. 17). Nous avons pris appui sur ces travaux pour travailler méthodologiquement l'articulation entre les idées, les usages sociaux et la matérialité des indicateurs dans l'étude de leur construction et dans l'analyse de leurs effets sur le monde hospitalier. Notre approche s'est ainsi attachée à saisir le rôle propre des idées, des croyances, des savoirs ou des théories sur le monde social, mais en les observant « à la loupe » à travers les indicateurs et « en pratique » à travers les multiples usages dont ils font l'objet¹.

¹ En cela, nous nous distinguons des travaux qui analysent la dimension cognitive de l'action publique à une plus vaste échelle, à travers la notion de « référentiel de politique publique » (Jobert et Muller, 1987) définie comme « *l'ensemble des normes ou images de référence en fonction desquelles sont définis les critères d'intervention de l'État ainsi que les objectifs de la politique publique considérée* » (Muller, 1990, p. 26) ; à travers la notion de « paradigme » (Hall, 1993), définie comme « *un cadre d'idées et de standards, qui spécifie non seulement les objectifs de la politique et le type d'instruments qui peut être utilisé pour les atteindre, mais également la nature même des problèmes que les décideurs sont supposés traiter* »

En somme, l'approche sociologique que nous mobilisons se veut profondément ancrée dans une démarche empirique ; elle a consisté à suivre les indicateurs qualité, d'une part pour tenir ensemble les différents niveaux de l'action publique hospitalière, d'autre part pour articuler sa dimension organisée, instrumentale et cognitive. Le dispositif d'enquête a permis de rendre cette approche concrète.

2) Dispositif d'enquête et données empiriques

Afin de ne pas alourdir cette introduction générale, nous dressons ici un tableau synthétique des investigations et des données utilisées dans la thèse. Notre parcours de recherche et nos enquêtes sont détaillés avec davantage de précisions dans les annexes méthodologiques (voir annexes 1, 2, 3 et 4).

Une enquête institutionnelle

Entre 2008 et 2012, nous avons mené l'enquête auprès des *institutions* qui ont participé, de près ou de loin, à l'action publique par les indicateurs qualité. Nous avons exploité 48 entretiens semi-directifs approfondis auprès d'acteurs du ministère de la Santé, de la Haute Autorité de santé, d'Agences régionales, de fédérations hospitalières, de sociétés savantes médicales, de projets de recherche ou d'acteurs régionaux actifs autour des IQ, complétés par deux observations de réunions¹. Les interviewés sont essentiellement des responsables institutionnels, des experts et des chercheurs. Ces entretiens ont duré entre 1h et 2h30 (1h20 en moyenne). Les échanges ont porté sur l'activité de ces acteurs et des organisations auxquelles ils appartiennent en matière de mesure de la qualité, sur leurs perceptions des IQ d'Etat ainsi que sur leurs relations avec les nombreux autres acteurs. Nous avons collecté des informations publiques concernant les parcours professionnels des plus centraux d'entre eux. Nous avons aussi cherché à quantifier les « circulations » à l'intérieur de ce petit milieu qui s'est constitué autour des IQ, à travers une analyse élémentaire de réseaux, essentiellement utilisée à des fins de représentation graphique de certains résultats de l'enquête qualitative (voir annexe 7). Nous avons enfin récolté une abondante documentation institutionnelle et suivi régulièrement les prises de position des organisations engagées dans le déploiement des IQ. Ce « corpus institutionnel » pluriel, décrit avec plus de précision dans l'annexe 2, a permis de retracer la genèse des IQ d'Etat depuis la fin des années 1990 et d'étudier leur déploiement « au concret » jusqu'au tout début des années 2010. Le monde institutionnel autour des IQ étant assez réduit dans son volume, l'investigation qualitative a permis d'enquêter de manière relativement exhaustive auprès de la plupart des organisations et des experts concernés à l'échelle nationale.

(p. 279) ; ou à travers la notion de « coalition de cause » (Sabatier et Jenkins-Smith [dir.], 1993), qui saisit la compétition de groupes porteurs de systèmes de croyances concurrents pour la domination dans un secteur d'action publique donné.

¹ Parmi ces données, 22 entretiens et une observation ont été réalisés en tandem et/ou partagés dans le cadre de deux projets de recherche auxquels nous avons participé : IMGENI et EVALECO. L'annexe 2 apporte des précisions sur ces aspects.

Une enquête bibliographique et bibliométrique

Entre 2010 et 2013, nous avons enquêté sur les *sources écrites* qui sont mobilisées pour construire les IQ. Nous avons recueilli, répertorié et analysé un ensemble hétérogène de 171 sources consacrées à la mesure de la qualité à l'hôpital : articles scientifiques, rapports administratifs, publications dans des revues professionnelles ou dans des espaces offerts par les institutions publiques. Ces sources ont été organisées sous la forme d'une bibliographie commentée qui n'est pas jointe en annexe mais qui a nourri les développements de plusieurs chapitres. L'analyse essentiellement qualitative de ces sources écrites a été complétée par un travail de bibliométrie permettant d'objectiver des types de savoirs, d'auteurs et d'espaces de publication, qui apparaîtront sous forme de graphiques dans certains chapitres. Ce « corpus de sources écrites », décrit plus précisément dans l'annexe 3, a permis d'étayer l'analyse des dimensions cognitives et matérielles des IQ, tout en livrant des informations complémentaires sur leur genèse institutionnelle. Ces sources écrites se sont révélées tout particulièrement utiles pour saisir sous une forme cristallisée les « idées » autour des indicateurs et pour développer une compréhension des éléments les plus techniques de ces instruments de mesure, parfois difficiles à aborder lors des entretiens avec les experts.

Des enquêtes dans quatre établissements de santé

En 2009 puis en 2011, au cours de deux phases de terrain, nous avons enquêté à l'intérieur de quatre établissements de santé de taille moyenne, dans deux régions (Aquitaine et Rhône-Alpes). Une présence sur site de une à trois semaines selon les établissements a permis de réaliser 92 entretiens semi-directifs avec une variété d'acteurs professionnels de l'hôpital : gestionnaires, médecins, cadres, infirmiers ou aides-soignants. Ces entretiens, d'une durée comprise entre 15min et 2h (un peu moins d'1h en moyenne) ont été complétés par 13 observations et par des analyses documentaires¹. Les acteurs ont été interrogés sur leurs perceptions de la politique qualité de leurs établissements, des dispositifs de mesure, sur la manière dont ils les mobilisent (ou non) dans leurs pratiques et sur les relations qui se nouent autour de ces objets. Ces quatre enquêtes ont donné lieu à la rédaction de monographies qui ne sont pas jointes en annexe mais qui ont nourri la comparaison mobilisée dans la troisième partie de la thèse. Ce « corpus local », dont la composition est décrite avec précision dans l'annexe 4, a permis de comprendre la place des IQ d'Etat dans les ordres locaux et d'enquêter sur leurs effets au plus près des activités professionnelles.

¹ Les entretiens et observations au sein de deux de ces établissements ont été réalisés en tandem et/ou partagés dans le cadre du projet de recherche IMGENI. L'annexe 4 apporte des précisions à ce sujet.

Trois modes d'investigation articulés

Ces investigations empiriques ont été déployées en parallèle plutôt que successivement, et se sont nourries mutuellement au cours de presque quatre années d'investigations. Inévitablement, la thèse suit un raisonnement linéaire qui occulte quelque peu ce processus itératif de « cueillette », de « pêche » et de « chasse » aux informations (Padioleau, 1982, p. 10), qui a pourtant été crucial dans l'analyse des données et la construction de l'argument : les sources écrites ont permis de repérer des acteurs clé, d'équiper les échanges avec les acteurs institutionnels et de confirmer ou préciser certaines informations recueillies lors des entretiens ; réciproquement, ces entretiens ont constitué des ressources précieuses pour étayer le travail d'analyse bibliographique, les acteurs se référant bien souvent à des articles, des rapports ou des événements en rapport avec l'expertise ; les multiples croisements entre le terrain « local » et le terrain « institutionnel » se sont aussi révélés fort utiles pour faire évoluer le questionnement et pour travailler analytiquement le processus à l'œuvre dans le déploiement des indicateurs d'Etat.

3) Plan d'ensemble de la thèse

En quoi la généralisation d'indicateurs qualité par l'Etat induit-elle un processus de rationalisation de l'hôpital ? Nous travaillons notre question de recherche au cours de neuf chapitres, articulés en trois temps. La **première partie** de la thèse nous emmène d'abord dans les rouages des institutions de régulation de l'hôpital. Pour caractériser l'entreprise de déploiement des IQ d'Etat, nous retraçons leur carrière institutionnelle depuis la fin des années 1990. Dans les chapitres 1, 2 et 3, nous étudions les paradoxes et les hésitations d'une entreprise de rationalisation qui s'attache à renforcer pas à pas le contrôle étatique tout en évitant de susciter des conflits avec les professionnels de santé. La **deuxième partie** de la thèse nous conduit ensuite à l'interface de l'univers institutionnel et des mondes professionnels, où peut être questionnée la capacité des IQ à contrôler « à distance » les activités hospitalières. Tout au long des chapitres 4, 5 et 6, nous étudions le travail multiforme d'une petite nébuleuse d'acteurs intermédiaires qui façonnent, légitiment et déploient l'entreprise institutionnelle de rationalisation par les indicateurs. La **troisième partie** de la thèse nous emmène finalement à l'intérieur de quatre établissements de santé, pour saisir ce qu'il advient de cette entreprise de rationalisation lorsqu'elle est mise à l'épreuve des milieux professionnels organisés. Dans les chapitres 7, 8 et 9, nous interrogeons les processus complexes par lesquels les IQ d'Etat sont susceptibles de s'enraciner dans les organisations et de transformer les activités professionnelles.

PREMIÈRE PARTIE

Une entreprise de rationalisation ?

Des pouvoirs publics en quête de mesures de la qualité des soins hospitaliers

« Commensuration refracts power in many ways. »

(Espeland et Stevens, 1998, p. 332)

Introduction de la première partie

Pour qualifier la dynamique singulière qui se déploie à travers les indicateurs d'Etat, il nous faut commencer par étudier la manière dont les institutions publiques se sont progressivement mises en quête de « mesures » de la qualité hospitalière.

1. Interroger la genèse d'une entreprise de rationalisation incertaine

Dans la seconde moitié des années 1990, le déploiement d'un ensemble d'indicateurs par les pouvoirs publics est une entreprise émergente, qu'il se révèle délicat de qualifier. Le contrôle exercé par les pouvoirs publics sur ce mouvement d'évaluation de la qualité n'a alors rien d'évident.

D'un côté, l'époque est incontestablement marquée par un certain « volontarisme politique », impliquant des intentions réformatrices fortes, inscrites dans des programmes et des projets de réforme, portées par des personnalités charismatiques, suscitant des conflits de nature politique (Pierru, 2007). Si l'on en croit W. Genieys et P. Hassenteufel (2001), un ensemble d'acteurs politiques et de hauts fonctionnaires du secteur de la santé tentent de reprendre la main sur les organisations de soins et les professionnels. Au nom de la préservation du « modèle français » d'une sécurité sociale universelle, cette « élite du *welfare* » porte des réformes présentées comme nécessaires pour la pérennité du système, et des instruments d'action publique visant à introduire de l'efficacité et du contrôle dans le système de santé, à travers notamment des mécanismes de marché et des mécanismes de contractualisation visant à responsabiliser les acteurs hospitaliers (Genieys, 2005; Hassenteufel et Genieys, 2001). Ce contexte constitue un « terreau » favorable à l'émergence d'une entreprise de mesure d'Etat à des fins de contrôle externe aux professionnels : les institutions publiques se sont dotées de premiers systèmes d'information médico-économique, et d'experts capables de les exploiter ; un ensemble d'acteurs professionnels participe à des démarches d'évaluation médicale, par ailleurs portées par une nouvelle agence, l'ANAES, créée pour la promouvoir à l'échelle nationale.

D'un autre côté, les premières phases des trajectoires du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et de l'institutionnalisation de « l'impératif qualité » montrent à quel point cette entreprise est d'abord déployée de manière « prudente » (Lenay et Moisdon, 2003, p. 136), par des hybridations cognitives et des compromis institutionnels (Robelet, 2002), au cours d'un processus incrémental, discret, influencé par les professionnels eux-mêmes, qui semble échapper au contrôle exclusif de quelques promoteurs politiques ou institutionnels. Les premières initiatives d'évaluation de la qualité médicale accordent une large place aux acteurs professionnels, dans une approche d'autorégulation bien différente d'une mesure permettant d'exercer un véritable contrôle externe sur les hôpitaux et sur les activités de soin.

2. Une sociologie de la carrière institutionnelle des indicateurs de qualité

Cette incertitude cruciale au début de la période soulève une question centrale, placée au cœur de cette première partie de la thèse. *Dans quelle mesure le déploiement d'indicateurs de qualité participe-il à une entreprise institutionnelle de rationalisation de l'hôpital ?*

Seule une étude approfondie de la « carrière » institutionnelle des instruments (Lascoumes et Le Galès [dir.], 2004, p. 357) peut permettre de qualifier l'entreprise à l'œuvre. Mobilisant une approche de sociologie de l'action publique organisée (Musselin, 2005), l'enquête restituée dans cette première partie nous entraîne dans les rouages de « l'Etat au concret » (Padioleau, 1982), au cœur des bureaucraties chargées de la régulation de l'hôpital et des relations qu'elles entretiennent avec les différents acteurs qui s'investissent dans la mesure de la qualité. Mais l'histoire de cette forme originale d'action publique n'est pas simplement celle de l'instrumentation diffusée dans la seconde moitié des années 2000. L'action publique par les IQ repose plutôt sur un ensemble composite d'acteurs sociaux, de techniques, d'idées et de savoirs, qui se mettent progressivement en mouvement dès les années 1990. Pour cette raison, la carrière institutionnelle de ces indicateurs se laisse bien saisir comme celle d'un *motif cognitif*, c'est-à-dire comme une « *composition de parties, intégrant des éléments cognitifs, sociaux et matériels, dont l'organisation plus ou moins réussie produit des effets de conviction* » (Benamouzig, 2005, p. 11).

Cette partie suit le fil rouge des compositions et recompositions de ce motif cognitif singulier. Le **chapitre 1** étudie comment, entre le milieu des années 1990 et le début des années 2000, l'absence de mesure de la qualité des soins hospitaliers en vient à devenir un « problème public », qui sollicite l'intervention officielle de l'Etat. Cette première étape met en scène l'émergence tumultueuse d'un motif d'action publique, dont l'instrumentation reste à inventer. Le **chapitre 2** décrit la manière dont ce motif « s'incarne » progressivement, au cours des années 2000, dans une instrumentation d'action publique qui fait l'objet d'investissements croissants de la part des institutions publiques. Cette seconde étape permet de décrire l'institutionnalisation prudente et paradoxale des IQ, qui aboutit à leur diffusion massive, autour d'une pluralité d'usages inaboutis. Le **chapitre 3** déplace le regard de la construction du motif à sa composition sociale, technique et cognitive. En déconstruisant les indicateurs, ce chapitre met au jour les croyances réformatrices qu'ils suscitent, la pluralité de savoirs qui président à leur constitution, ainsi que les techniques de mesure qui leur donnent leur robustesse et les dotent d'une charge normative surprenante. A l'issue de cette première partie, nous soulignerons que les indicateurs de qualité incarnent finalement une singulière entreprise institutionnelle de « rationalisation en douceur » de l'hôpital.

En termes de méthodologie, nous croisons ici deux de nos enquêtes afin de reconstituer la trame historique de cette action publique par les IQ. Cette partie s'appuie d'abord sur l'enquête auprès des principaux acteurs institutionnels de cette histoire (voir annexe 2). Les entretiens ont été codés pour

permettre de retrouver les acteurs dans les tableaux proposés en annexe. Certains acteurs-clé qui ont pris position publiquement à de multiples reprises au sujet des IQ sont nommés dans le corps du texte, de manière à pouvoir établir la correspondance avec leurs publications¹. Dans les cas où il existe un risque particulier d'identification des personnes, l'anonymat des citations d'entretien est garanti par l'absence de codage et le renvoi à un collectif plus ou moins vague. Cette partie s'appuie ensuite sur l'analyse des sources écrites permettant de tracer les idées, les institutions et les activités qui ont participé à l'élaboration des IQ en France (voir annexe 3). Précisons également que le lecteur pourra se reporter à deux annexes qui concernent plus spécifiquement cette partie : une synthèse chronologique (voir annexe 5) ainsi qu'un tableau des IQ déployés par l'Etat dans la seconde moitié des années 2000 (voir annexe 6).

¹ Le lecteur trouvera une justification plus précise des conditions d'anonymisation et de mobilisation des extraits d'entretiens institutionnels dans l'annexe 2.

Chapitre 1. « Les hôpitaux doivent rendre compte de la qualité » L'émergence tumultueuse d'un motif d'action publique

« C'est vraiment un mouvement de fond contre lequel on ne peut rien faire, et les ministres avisés l'ont bien compris... Il y a une tendance de généralisation de la transparence... De toute façon, les ministres doivent s'inscrire dans cette évolution-là, plutôt qu'essayer de la contrecarrer... »

Conseiller au cabinet de R. Bachelot en 2010, entretien I-9

Comment et pourquoi un tel « mouvement de fond » en faveur de la transparence de la qualité des hôpitaux hospitalière émerge-t-il en France au cours des dernières décennies ? Comment cette « tendance » est-elle parvenue à s'imposer, au point d'être perçue comme inexorable par les acteurs politiques et de leurs conseillers à la fin des années 2000 ? Ce chapitre décrit le processus par lequel l'absence de « mesure » officielle de la qualité des hôpitaux en vient à être reconnue comme un problème public, motivant l'intervention de l'Etat.

Ce premier moment, qui prend place entre le milieu des années 1990 et le début des années 2000, correspond à la *genèse* de l'action publique par les indicateurs de qualité, à une époque où ni ces instruments ni cette « politique » ne sont encore véritablement formulés comme tels. Pour construire une approche pertinente de cette première période, il est possible de s'appuyer sur les nombreux travaux qui ont montré que la « mise sur agenda » des politiques publiques, loin d'être « naturelle » ou automatique, repose sur des processus complexes de construction des problèmes (Hassenteufel, 2008a). De nombreux auteurs en sociologie et en science politique ont souligné que le cadrage des problèmes sociaux (Benford et al., 2000; Goffman, 1974; Snow et al. 1986), notamment ceux dont s'emparent les autorités, résulte de mobilisations sociales et de dynamiques d'action collective. Ces travaux montrent l'intérêt qu'il y a à interroger le processus par lequel une situation en vient à être construite comme « problématique » par certains acteurs qui « entreprennent » un tel travail de définition (Kingdon, 1984), au cours de processus dynamiques et interactifs mettant en scène des luttes et des controverses (Gusfield, 1981), permettent de caractériser des situations comme problématiques (*naming*), de rechercher des causes aux problèmes ou de dénoncer d'éventuels coupables (*blaming*) et de réclamer une action publique (*claiming*) (Felstiner et al., 1980). Certains auteurs s'intéressent plus spécifiquement aux processus par lesquels les problèmes publics en viennent à être concrètement inscrits (ou non) sur l'agenda politique (Cobb et Elder, 1983 [1972]; Garraud, 1990), notamment en fonction de leur capacité à enrôler (ou non) tout un ensemble d'acteurs : élites politiques, acteurs administratifs, médias, ou mouvements sociaux. Des travaux plus récents ont renouvelé ces questionnements, en soulevant la nécessité de se dégager d'une approche encore trop souvent « séquentielle », « balistique » et centrée sur la dimension « publique » des problèmes (Gilbert et Henry [dir.], 2009), pour étudier des « formes d'action collective » (p. 20) se déployant de manière

peu linéaire, et s'interroger « *sur 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 ou sa résolution* » (p. 21).

Ces questions se posent de manière cruciale, lors de cette phase séminale au cours de laquelle ni le « problème », ni sa « résolution », n'ont encore pris de forme solidifiée. Ce sont alors les principes, les raisonnements, les objectifs et les tout premiers outils de mesure qui sont progressivement explorés, formulés, travaillés. Il est donc nécessaire de construire une approche sensible à la dimension *cognitive* de cette « action publique » encore très largement « en gestation ». C'est dans cette perspective que le cadre théorique d'analyse de l'agenda politique, formulé il y a un certain temps déjà par J.-G. Padioleau (1982), se révèle utile. Il permet de saisir l'inscription d'un problème sur l'agenda politique comme le résultat d'un processus social complexe, qui implique l'émergence d'une controverse, sa spécification, son étiquetage comme un problème relevant de la sphère publique, amenant à l'intervention de la « société politique ». Ce processus est opéré par des « entrepreneurs de l'agenda politique » (Padioleau, 1982, p. 36), élites politiques ou mouvements sociaux, qui « font système », pris dans un environnement institutionnel qui les dote en certaines ressources, mais les lie également dans des systèmes de contraintes. Ces acteurs s'attachent à défendre des causes, à imposer leur vision des problèmes et de leurs solutions, à mobiliser des publics. A notre sens, ce cadre permet de reconstituer le système autour duquel se constitue le problème public de la mesure de la qualité, d'interroger sa dimension véritablement politique, tout en mettant l'accent sur les processus cognitifs et symboliques qui sont en jeu : « *les problèmes de l'agenda politique traduisent de façon continue des opérations de construction et de reconstruction symboliques [...]. Les questions débattues ne sont pas des objets stables : des acteurs sociaux y portent soudain un intérêt ; des enjeux inédits s'y glissent tandis que disparaissent des objectifs originels* » (Padioleau, 1982, p. 26). Dans quels contextes, autour de quels enjeux et pour quelles raisons des acteurs se mobilisent-ils sur cette question de la mesure de la qualité à l'hôpital ? Comment le problème reçoit-il ses premiers cadrages ? Dans quelle mesure la mise en transparence de l'hôpital provient-elle d'un projet cohérent imposé par des élites politiques ? Dans quelle mesure est-elle le fruit de mobilisations sociales qui imposent leurs revendications ?

Le récit de cette période « séminale » se fera en deux temps, qui correspondent moins à des « séquences » historiques parfaitement distinctes qu'aux deux dimensions articulées du même processus d'émergence, l'une prenant place sur la scène publique, l'autre dans des espaces d'expertise plus confinés. Il faut d'abord comprendre comment l'absence de mesure « officielle » de la qualité à l'hôpital devient progressivement un problème public dans la seconde moitié des années 1990 (1), avant de saisir comment ce problème nouvellement formulé motive les premières compositions d'une mesure d'Etat au tournant des années 2000 (2). Ce récit permettra d'esquisser une première réponse à la question qui structure la première partie de cette recherche. Dans quelle mesure le déploiement

d'indicateurs de qualité participe-t-il à une entreprise institutionnelle de rationalisation de l'hôpital ? Nous défendons l'idée que ce premier moment est moins marqué par la genèse d'une entreprise intentionnelle, clairement pensée en amont par des acteurs étatiques en quête de contrôle, que par l'émergence tumultueuse, au cours de l'action, d'un motif cognitif (Benamouzig, 2005) original, dont personne n'avait l'idée *a priori*, et qui va finir par s'imposer aux pouvoirs publics à la fin de cette période. Né dans un contexte de crise de la régulation publique, ce motif cognitif est composé au cours d'un processus collectif, en agrégeant très progressivement un ensemble disparate de « bonnes raisons » (Boudon, 2003) portées par un petit monde hétéroclite d'entrepreneurs de la mesure, inscrits dans des univers bien différents, mais qui vont tous contribuer à faire émerger les premières formes d'une « mesure d'Etat ». Encore peu rationalisé au moment où il fait l'objet d'une appropriation formelle par le ministère de la santé en 2003, ce motif d'action publique dispose déjà d'un certain contenu. Le principe d'un contrôle accru de la qualité hospitalière par l'Etat y côtoie l'idée qu'un tel contrôle doit être instrumenté par des techniques de mesure légitimes et acceptables.

1. Quand l'absence de mesure d'Etat devient un problème public

Comment l'absence de « mesure » officielle de la qualité à l'hôpital, et le soupçon de « non qualité » que cette absence de mesure véhicule, s'imposent-ils comme un « problème public » ? A partir d'un tout autre objet, J.-R. Gusfield (1981) a proposé une approche dynamique, relationnelle et conflictuelle de la construction des « problèmes publics » : « *the structure of public problems is an arena of conflicts in which a set of groups and institutions often including governmental agencies compete and struggle over ownership and disownership, the acceptance of causal theories and the fixation of responsibility* » (Gusfield, 1981, p. 15). En d'autres termes, « *ce qui s'impose comme un "problème" renvoie en fait à des enchaînements d'actions extrêmement divers, se développant selon des logiques différentes dans plusieurs espaces sociaux, chacun entretenant des relations spécifiques avec ce qui apparaît comme le problème* » (Gilbert et Henry [dir.], 2009, p. 22).

C'est bien un processus de cette nature qui émerge dans le contexte sanitaire français des années 1990. Ce moment du récit met en scène trois dynamiques sociales différentes. Le premier de ces mouvements prend forme au sein de l'espace médiatique, à travers l'émergence de « palmarès » des hôpitaux au milieu des années 1990 (1). Le deuxième s'incarne dans un mouvement social de patients, qui se mobilisent sur la question des infections nosocomiales (2). Le troisième met en jeu l'Etat, ses responsables politiques, ses acteurs administratifs mais aussi ses experts en évaluation médico-administrative et ses bases de données constituées au cours des années 1990 (3). Cette section suit la manière dont ces trois fils du récit se tissent pour aboutir à la formulation d'un problème public, par rapport auquel il deviendra impératif pour l'Etat d'agir.

1) Les palmarès hospitaliers, première forme de mesure publique qui échappe à l'Etat

Le premier mouvement qui participe à la construction de l'absence de mesure d'Etat de la qualité hospitalière comme un problème public se déploie dans l'espace médiatique, à travers l'émergence d'un nouveau genre journalistique au cours des années 1990 : les palmarès des hôpitaux publiés dans la presse. Comme l'ont montré les auteurs qui ont pris pour objet les « scandales », les médias sont susceptibles de jouer un rôle clé dans la formulation et dans la publicisation de situations qui en viennent à être reconnues comme des problèmes (Champagne et Marchetti, 1994). Dans le cas présent, les journalistes ne se contentent pas de mettre en mots une « cause » à travers leurs publications. En inventant une forme originale de « produit » journalistique, prenant la forme concrète de « classements » de la performance hospitalière qui échappent à l'Etat, ces palmarès vont construire en « problème » l'inaction des pouvoirs publics. Ce faisant, ils croisent rapidement le mouvement d'évaluation médico-économique qui s'est épanoui sous l'égide de l'administration depuis la fin des années 1980 (Benamouzig, 2005; Robelet, 1999), avec lequel ils entretiennent des liens non dénués d'ambivalence. Deux recherches sociologiques consacrées à ces palmarès (Pierru, 2004; Ponet, 2005) fournissent un point d'appui pour les traiter dans la perspective qui est la nôtre¹.

Comment une entreprise journalistique innovante détourne des données institutionnelles

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 hôpitaux »². Dans le contexte d'une forte médiatisation des débats autour du Plan Juppé de 1996, et notamment de la question du maintien en exercice des petits hôpitaux, ces premières publications sont des succès commerciaux majeurs : les publications de 1997 et de 1998 représentent respectivement une augmentation de + 600% et de +700% des ventes habituelles de *Sciences et Avenir* (Pierru, 2004). Elles consacrent cette forme originale de produit journalistique, appelée à se multiplier et se banaliser au cours des années 2000³.

Ces palmarès permettent de saisir l'entrée en scène des premiers « entrepreneurs » de la mesure publique de la performance hospitalière que nous allons suivre dans ce chapitre. En effet, les deux

¹ A partir d'une enquête empirique fouillée des trois premières publications en France, F. Pierru (2004) propose une analyse fine de la genèse institutionnelle de ces « produits journalistiques très sophistiqués », dont il décrit les logiques de production et de réception. P. Ponet (2005) replace quant à lui ces palmarès dans la perspective des relations complexes et dynamiques entre segments de deux espaces sociaux différenciés depuis les années 1970 : le champ médical et le champ journalistique, marqués par des processus de division sociale du travail internes à l'origine de nouvelles formes de coopération entre les deux champs.

² *50 millions de consommateurs*, 256, décembre 1992 ; *Sciences et avenir*, 608, octobre 1997 ; *Sciences et avenir*, 619, 1998.

³ Depuis 1997, une cinquantaine de classements hospitaliers ont été produits dans la presse régionale ou nationale. Aujourd'hui, différents palmarès sont publiés dans *Le Point*, *l'Express*, *Le Nouvel Observateur* ou encore *Le Figaro Magazine*. Des initiatives semblables prolifèrent également à l'étranger, comme le palmarès annuel de l'US News and World Report, ou encore le guide des hôpitaux publié par Dr. Foster en Angleterre.

publications de 1997 et 1998, plus abouties que celle de 1992, sont le fruit de presque deux années de travail d'investigation d'un trio de journalistes qui se spécialisent sur le sujet à partir de 1995, et s'imposent à cette occasion comme les « pionniers » des classements hospitaliers en France. Selon F. Pierru (2004), qui a étudié les trajectoires de ces trois acteurs, « *tout dans ces trajectoires sociales et professionnelles prédispose à une vision distanciée et critique à l'égard du monde médical, en général, et hospitalier, en particulier, en donnant toutefois les ressources intellectuelles, sociales et, dans une certaine mesure, de légitimité nécessaires pour se confronter au projet, ambitieux, de classement des hôpitaux.* » (Pierru, 2004, p. 257). Deux de ces journalistes sont des médecins généralistes de formation qui se sont reconvertis dans la presse médicale : l'un est arrivé à *Sciences et Avenir* en 2005, en même temps que l'ancien rédacteur en chef de *50 millions de consommateurs* qui avait promu le palmarès des urgences, alors que le second rejoint le magazine après un début de carrière dans la presse professionnelle. Le troisième journaliste, qui a démarré à *France Soir magazine*, est connu pour avoir enquêté sur l'affaire de l'amiante avant de rejoindre *Sciences et Avenir*. Ces journalistes rejoignent par la suite *Le Figaro magazine*, puis *Le Point*. Oscillant entre journalisme « de marché », c'est-à-dire d'information sur des offres ou des services, journalisme « d'investigation », et journalisme « d'enquête », visant à enquêter en profondeur sur le dossier de la qualité hospitalière, par l'exploitation de masses de données (Pierru, 2004), le trio de journalistes s'est inspiré des premiers classements aux Etats-Unis, qui ont révélé selon eux une « demande latente » des usagers, dans un contexte médiatique marqué par les « affaires ». Dans l'esprit des trois journalistes, il s'agit alors bien de sortir d'une approche en termes de « faits divers » de la qualité hospitalière, et de mettre en cause dans un même geste le corporatisme médical, le manque de sécurité à l'hôpital, l'incapacité des pouvoirs publics à garantir un égal accès à des soins de qualité pour tous, et la faiblesse de l'administration à engager les réformes nécessaires pour résoudre la « crise » du système de santé¹.

« A 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 I-44)

S'ils se positionnent d'emblée dans une posture critique des pouvoirs publics et du pouvoir médical, ces journalistes tissent en fait très tôt certains liens avec des acteurs issus de ces deux mondes. Dès 1995, faisant face à des responsables hospitaliers et des médecins qui n'ont qu'une envie limitée de répondre à leurs questions gênantes d'acteurs extérieurs à la profession médicale et susceptibles de rendre publiques des informations sensibles, les trois journalistes se mettent en quête de données qui leur permettront de mener à bien leurs investigations. Ils nouent d'abord des relations particulières avec certains professionnels de santé, liés par des dispositions managériales hétérodoxes, occupant plutôt une position d'*outsiders* en termes de spécialité médicale et de poste professionnel,

¹ Ces critiques sont notamment développées dans *Le Livre noir des hôpitaux*, que publient les mêmes auteurs une décennie plus tard (Malysse et al., 2009).

partageant dans une certaine mesure l'« humeur anti-institutionnelle » des journalistes et leur propension à critiquer la hiérarchie médicale (Pierru, 2004; Ponet, 2005). Ils se lient, ensuite, à certains responsables institutionnels qui considèrent que leur travail journalistique converge avec leurs intentions réformatrices, comme le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMts) de l'époque (Pierru, 2004).

Les journalistes sont rapidement aiguillés par ce réseau hétéroclite vers les bases de données médico-administratives qui se sont constituées progressivement depuis le début des années 1990, et qui sont alors contrôlées et maîtrisées par les institutions publiques. Ils se saisissent d'abord des documents issus des commissions d'examen des budgets hospitaliers (CEBH) de l'Assurance Maladie¹, avant de récupérer la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) produite par la direction scientifique du ministère de la Santé². Les journalistes s'attachent à « détourner » ces sources d'information préexistantes, qui n'ont pas été conçues à des fins d'affichage, pour équiper leurs palmarès en données institutionnelles plus solides et légitimes que le simple questionnaire qu'ils envoient aux établissements de santé. L'accès à ces données ne va toutefois pas de soi.

« Personne ne savait que la SAE existait... On voyait ça dans les documents, donc on a contacté une petite dame de la DREES, on l'a invitée à déjeuner... ils ont dû la muter aux Kerguelen depuis [rires]. C'est complètement public comme statistiques, mais c'était caché dans les tréfonds du ministère ! » (Journaliste au Point, entretien collectif I-44)

Ce sont surtout les données du PMSI qui vont constituer une ressource de premier plan pour ces journalistes³. Progressivement généralisée à l'ensemble des établissements en France au cours des années 1990 (Benamouzig, 2005, ch. 6), connu et utilisé par certains des professionnels qui conseillent les journalistes, le PMSI se révèle une « mine d'or » pour objectiver les activités des établissements. Mais l'administration n'est alors pas favorable à un usage de ces données par des journalistes : pour obtenir le droit de consulter cette base médico-administrative, le trio d'entrepreneurs saisit à plusieurs reprises la commission d'accès aux documents administratifs (CADA), avant d'obtenir gain de cause à partir de 1996. Si ce « détournement » effectif des bases de données de leurs usages administratifs classiques a été possible, c'est aussi grâce aux « alliés » médecins ou institutionnels des journalistes, qui ont apporté un soutien logistique et cognitif de premier plan pour exploiter ces données complexes.

« On s'appuie sur les gens du système, des gens du milieu. Tel grand professeur de tel hôpital, qui est complètement pour ce qu'on fait, [...] et puis il y'en a pas mal qui vont intervenir, nous téléphoner, nous envoyer un mail, en nous disant des trucs très techniques... "La chirurgie du

¹ Dans les années 1990, les médecins-conseil de l'Assurance Maladie rédigent, pour chaque établissement, des documents utilisés dans le cadre de la CEBH afin de proposer un contrôle du niveau de qualité de l'établissement payé par l'organisme. Selon les journalistes, ces documents sont alors disparates et fortement dépendants des médecins-conseil et des établissements concernés.

² La SAE est une enquête administrative obligatoire auprès des établissements de santé français, qui fournit des informations générales concernant l'organisation, l'équipement ou encore les activités des établissements.

³ Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est une vaste base de données constituée à partir de 1987, qui permet de mesurer l'activité des hôpitaux, catégorisée en groupes homogènes de séjours (GHS).

« pied vous devriez plutôt faire telle requête, prendre tel acte, machin" [...] On en a dans toutes les disciplines... » (Journaliste au Point, entretien collectif I-44)

Des classements qui jettent l'opprobre sur le monde hospitalier et ses régulateurs

Ce détournement des bases de données institutionnelles a un effet de cadrage important sur le contenu des palmarès hospitaliers. Ces données conduisent les journalistes à établir des palmarès de la « performance » davantage indexés sur l'activité hospitalière, à partir de laquelle 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 des soins », de la « sécurité des soins » ? A ce stade, leurs mesures sont encore très ambiguës. Quoiqu'il en soit, ces palmarès constituent une première forme de mesure de la qualité à caractère publique : le classement d'établissements, construits à partir de mesures concrètes. A partir des informations qu'ils récoltent dans les différentes bases de données, les journalistes construisent, à leur manière, 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 des maternités, est mobilisé pour évaluer la qualité des prises en charge. Comme le raconte avec une certaine fierté ce journaliste, ces nouveaux « nombres » leur donnent un certain poids pour obtenir d'autres informations auprès des responsables hospitaliers, qui se retrouvent « mis en accusation » par les journalistes.

« Ca permettait de faire des trucs frustes. Et d'arriver devant, par exemple, un directeur d'hôpital, une joie dont je ne me privais pas, je lui disais "monsieur, là, je suis étonné, vous avez 35% de césariennes, la moyenne c'est à 16 %". Le mec, il faisait "glup". Parce que sinon, ils te font la langue de bois ! [...] Mais quand tu leur sors leurs chiffres, on commence à parler sérieux. ». (Journaliste au Point, entretien collectif I-44)

Les trois journalistes sont les premiers à entreprendre de mettre sur l'agenda médiatique français un classement des établissements de santé en fonction d'une mesure de la performance qu'ils prodiguent. Par ce « coup journalistique », et en solidifiant par leur travail une « demande latente » sous la forme de palmarès concrets, intégrant des « mesures », ces entrepreneurs rendent aussi visible « l'inaction » des pouvoirs publics en la matière. C'est au nom d'un devoir d'information publique, dans une approche de « défense des usagers » et de dénonciation du scandale et de l'injustice que les trois journalistes mobilisent ces données, produites par les institutions publiques à d'autres fins, pour construire leur « liste noire des hôpitaux » en 1997, puis leur palmarès en 1998. Les journalistes ont la conviction d'œuvrer pour l'intérêt général, en participant à lever l'opacité entretenue par un accord tacite entre les régulateurs et les acteurs professionnels. C'est l'ensemble du monde hospitalier qui est « blâmé » pour son manque de transparence. En dépit des soutiens, leur travail n'a pas manqué de susciter de fortes réactions.

Les réactions professionnelles, entre dénonciation et collaboration

Les réactions professionnelles immédiates aux premiers palmarès sont des réactions de rejet univoque, dénonçant la méthodologie des enquêtes et la mise en accusation des établissements et des équipes. En 1992, 72 procès sont intentés au magazine *50 millions de consommateurs*, qui accorde une cinquantaine de pages aux droits de réponse des services d'urgences qui se déclarent lésés par la publication. Les publications de 1997 et 1998 suscitent également d'intenses réactions de la part des médecins et des établissements de santé. Le directeur de la publication de *Sciences et Avenir* est condamné par le tribunal correctionnel de Paris à verser 50 000 francs d'amende et 400 000 francs de dommages et intérêts à vingt-sept médecins exerçant dans onze hôpitaux du palmarès de 1998 (Pierru, 2004). La Fédération Hospitalière de France, principale fédération des directeurs d'établissements publics, se positionne avec vigueur contre les palmarès et incite ses établissements à ne pas répondre aux questionnaires envoyés par les journalistes.

Au cours des années qui ont suivi ces premières publications très conflictuelles, les journalistes ont fait évoluer leurs publications de manière à mettre non plus l'accent sur les « mauvais » établissements, mais sur le classement des « meilleurs établissements » sur une pathologie, ou de l'ensemble des établissements d'un territoire donné. Les publications de palmarès entrent dès la fin des années 1990 dans une logique de « banalisation » qui occulte en partie les conflits suscités par les premières « listes noires ». Au-delà des dénonciations très audibles, les palmarès suscitent en fait une réactivité ambivalente de la part de certains acteurs professionnels et de certains gestionnaires d'hôpitaux, qui s'en sont en réalité saisis fortement, comme en témoigne cet acteur avec humour.

« Les "daltons" ont fait plus pour les indicateurs que 350 publications scientifiques ! [...] C'est pas un hasard si Le Point multiplie par quatre ses tirages le jour où ils sortent les palmarès. C'est pas les usagers qui les achètent, hein, c'est les professionnels... » (Entretien avec un ancien dirigeant de l'ANAES)

En effet, les palmarès encouragent ceux qui sont bien classés à reconnaître la valeur du classement et à relayer son contenu à travers les politiques de communication des établissements. En dépit de leurs limites méthodologiques, les palmarès ont plus généralement une certaine autorité liée à leur caractère classant, qui amène les acteurs professionnels à collaborer avec les journalistes.

« Quand vous discutez avec les gens, ils vous disent "ça vaut pas tripette", mais quand même, ils vous disent "après tout, ce n'est quand même pas si mauvais que ça". Il y a ceux qui sont bien classés. Mais il peut y avoir les deux discours tenus par quelqu'un dans la même position. A la limite vous feriez n'importe quel classement... Il y a l'autorité d'un classement en soi, ce qui est un peu terrifiant... » (Inspecteur général de l'IGAS, entretien I-42)

Au tournant des années 2000, rares sont les établissements encore engagés dans un embargo sur les données. Les palmarès, en dépit des oppositions, ont ainsi contribué à « acclimater » les acteurs professionnels aux regards extérieurs sur certains aspects de leurs pratiques.

L'ambivalence des responsables politiques

F. Pierru (2004) a montré que la réaction des responsables politiques lors des trois premières publications est ambivalente. D'un côté, ces palmarès contribuent à légitimer les ambitions réformatrices des différents ministres de la Santé. De l'autre, les responsables politiques se voient mis en cause, accusés de « faiblesse » face aux corporatismes et d'impuissance à veiller à l'application du principe d'un accès égal à des soins de qualité pour tous les citoyens. Les prises de position de Bernard Kouchner suite à la publication du palmarès des urgences en 1992 illustrent bien cette ambivalence (Ponet, 2005). Au lendemain de la parution, le ministre semble s'appuyer sur les palmarès pour affirmer la nécessité d'une réforme des urgences :

« S'il ne s'agit pas de faire un guide Michelin des services d'urgences, il est vrai que certains services n'ont d'urgences que le nom » (B. Kouchner, cité par Ponet, 2005, p. 140).

Quelques jours plus tard, le ministre revient sur ses propos :

« [Les affirmations du mensuel] ne sont fondées sur aucune évaluation des pratiques et des techniques, mettant en cause injustement le personnel médical et paramédical de certains établissements ». (B.Kouchner, cité par Ponet, 2005, p. 140).

Les trois journalistes ont poussé les pouvoirs publics à se préoccuper de la mesure de la qualité et de son affichage public, sous peine de risquer de voir échapper à l'Etat le contrôle de la définition d'une mesure objective et légitime de la qualité des soins, voire de l'usage des bases de données médico-administratives produites par l'administration elle-même. Ces palmarès suscitent une réaction importante de la part de tous ministres de la santé et de leur cabinet, qui doivent régulièrement se positionner sur les palmarès qui sortent dans la presse, à partir du milieu des années 1990 et jusqu'au milieu des années 2000. Les acteurs institutionnels qui ont joué un rôle dans la construction d'indicateurs qualité d'Etat par la suite établissent tous un lien entre le rôle catalyseur des palmarès et le volontarisme politique affiché sur cette question par les ministres successifs, de gauche (Bernard Kouchner) comme de droite (Philippe Douste-Blazy, Jean François Mattéi, Xavier Bertrand, Roselyne Bachelot). Pour les différents ministres, il s'agit donc de ne pas laisser le contrôle de la qualité hospitalière entre les mains de journalistes qui critiquent par ailleurs fortement leur action, comme en témoigne par exemple un ancien membre du cabinet de Jean-François Mattéi, ministre de la santé entre 2002 et 2004.

« Les palmarès, ça a été le point le plus important pour que ça bouge ! Parce qu'au bout d'un moment le ministre il a dit "vous êtes bien gentil mais ils sont dans le Point et nous... Le ministère ne peut pas se poser la question de comment améliorer la qualité de ses établissements !?" Eh oui, ça fait bouger les ministres ». (Conseiller au cabinet de J. F. Mattéi, entretien I-19)

Dans une volonté de reprise en main de l'information publique produite à partir des bases de données administratives, les différents ministres développent finalement une stratégie qui peut s'apparenter à un « évitement du blâme » au sens de Weaver (1986), ou un « report » du blâme sur les seuls acteurs professionnels. Comme le suggère C. Hood (2007, p. 206), le développement de système de mesures

de la performance et de classement des services publics peut être analysé comme une stratégie politique déployée pour montrer publiquement que l'Etat en général et les ministres en particulier s'intéressent à la question de la qualité et de la sécurité des soins, dont la mesure et l'analyse ne sauraient être laissées aux seuls journalistes. Cette stratégie est tout particulièrement visible dans ce discours de Bernard Kouchner, prononcé en 2002 lors du colloque « Mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE », alors qu'il est ministre délégué à la santé :

« La France [...] a certainement un système d'évaluation insuffisant parce que ce n'est pas la tradition de le faire. Cette tradition, fondée sur un pouvoir médical opaque et une absence de concurrence médicale, faisait croire qu'aller dans un hôpital particulier pour une opération particulière était la même chose sur l'ensemble du territoire. Ce n'est pas vrai. [...] Il faut [...] essayer de rendre les indicateurs de performance les plus visibles et transparents possibles. Pour le moment, en France, nous assistons à la publication des comparaisons entre hôpitaux plutôt dans la presse que par les autorités officielles. Ce qui est nouveau et encourageant, cependant, c'est que les classifications journalistiques des performances se font à partir des chiffres fournis par les ministères. Ceci révèle un progrès certain dans la collecte des données ». (Allocution de Bernard Kouchner, 2002, citée par Pierru, 2004, p. 268-269).

A travers ces propos, l'administration est bien décrite comme la « source » des données de la transparence utilisées dans les palmarès, alors que c'est le « pouvoir opaque » des médecins qui est mis en avant pour qualifier la « tradition » réfractaire à la transparence du système sanitaire français. Mais cette position de report du blâme sur la profession est difficilement tenable à long terme. L'idée d'une « mesure d'Etat » commence à faire son chemin dans les réflexions des cabinets ministériels.

La réaction des experts : une mise en controverse des mesures publiques de la performance

Les responsables politiques et les représentants des professionnels ne sont pas les seuls à réagir. Les principaux experts en systèmes d'information médicale, chercheurs en gestion, en économie de la santé ou en santé publique, qui se sont organisés sous l'égide de l'administration au cours des années 1990¹, sont rapidement mis à l'épreuve par l'usage qui est fait des bases de données médico-administratives dans les palmarès. Interpellés sur le sujet, ces derniers sont amenés à prendre position. Une controverse méthodologique lourde d'enjeux politiques émerge à cette occasion à la fin des années 1990. Si les experts reconnaissent aux journalistes le mérite d'avoir mis en lumière la question pertinente de l'évaluation de la performance hospitalière et de l'enjeu de la production d'une information publique, les experts déconstruisent également leur méthodologie pour mettre en évidence leurs faiblesses, et en appeler au développement d'une mesure de la performance dotée d'une légitimité scientifique supérieure.

¹ Le rôle de cette expertise, qui naît au sein du groupe IMAGE (Information Médicale pour l'aide à la Gestion des Établissements) sera étudié dans la seconde section de ce chapitre.

Dès 1999, la revue concurrente de *Sciences et Avenir*, *La recherche*, offre une tribune aux experts en systèmes d'information, sous la forme de trois articles réunis dans un dossier intitulé : « faut-il classer les hôpitaux ? » (Naiditch et al., 1999). Pour *La Recherche*, il s'agit de dénoncer le « sensationnalisme » de *Sciences et Avenir*, dans l'objectif de susciter une large controverse. Les trois auteurs sont également des experts du PMSI¹. Si cette controverse restera en réalité confinée au monde de l'expertise et des institutions, dans la mesure où la réponse des experts en évaluation médicale se révèle bien moins audible sur la scène médiatique que les palmarès qu'ils déconstruisent (Pierru, 2004), elle est néanmoins très importante dans la perspective qui nous intéresse ici. Le dossier, sous la forme d'une critique qui se veut scientifiquement fondée et constructive des palmarès de la presse, constitue l'une des premières sources où sont questionnées les méthodes de mesure de la qualité et de la performance, avec un point de vue parfaitement clair dès le titre de l'introduction (voir encadré 1).

Encadré 1. Sommaire du dossier « Faut-il classer les hôpitaux ? », La Recherche (1999)

| |
|--|
| <p>Introduction Publier de très discutables indicateurs de performance n'est pas le meilleur moyen d'accompagner la transformation du système de soins</p> <p>La réussite d'un projet d'évaluation requiert la confiance des évalués. L'exemple de la chirurgie cardiaque new-yorkaise (Michel Naiditch)</p> <p>Faire parler des fichiers au-delà de leurs possibilités est un exercice périlleux. Retour sur une enquête controversée (Jean-Jacques Chale et Michel Naiditch)</p> <p>Les rapports entre profanes et experts médicaux doivent se modifier. Comment partager l'information ? (Pierre Lombrail et Michel Naiditch)</p> |
|--|

Le sommaire du dossier est emblématique de la position consistant à remettre en cause la « scientificité » et donc la légitimité des classements des médias, tout en affirmant la nécessité de mieux partager l'information avec le public. En effet, ces chercheurs s'appuient notamment sur leurs compétences statistiques et leur connaissance technique de l'outil PMSI, de ce qu'il mesure et de la manière dont il est possible d'utiliser ces mesures, pour affirmer que les indicateurs de performance retenus dans les médias sont « discutables » et que l'usage du PMSI pour mesurer la performance est « périlleux ». Pourtant, à travers cette déconstruction, ces experts partagent, dans une certaine mesure, l'objectif des journalistes des palmarès. Il s'agit pour eux de trouver « d'autres moyens » pour accompagner la transformation du système de soins en faveur d'un partage de l'information, des moyens qui s'appuieraient sur la confiance des évalués et des indicateurs « scientifiquement validés ». Ce dossier s'apparente ainsi à une première démarche de réappropriation de l'information publique par les experts liés aux institutions. Autrement dit, si les experts récusent la forme « palmarès », ils semblent accepter la nécessité de publier des informations relatives à la performance des

¹ Pierre Lombrail, Michel Naiditch et Jean-Jacques Chale sont des médecins de santé publique, qui se sont beaucoup intéressés à la question des usages de l'information médicale en direction des patients/usagers du système de soins. Nous serons amenés à retrouver Michel Naiditch et surtout Pierre Lombrail dans la suite de notre récit.

établissements, dans une logique de transparence. Ils appellent de leurs vœux le développement de mesures scientifiques de la performance qui pourraient donner lieu à une information publique. A travers la personne de Pierre Lombrail, nous venons en fait de rencontrer un deuxième « entrepreneur » de la mesure, portant une autre philosophie emprunte de santé publique et d'apprentissages professionnels, qui sera amené à jouer un rôle crucial dans la suite de cette histoire.

En un mot, les journalistes occupent une place centrale dans le double processus de « *namings* » et de « *blaming* » (Felstiner et al., 1980), qu'ils opèrent non pas successivement mais de manière concomitante. Non seulement ils construisent l'absence de mesure officielle de la performance à l'hôpital comme un problème visible, mais ils étiquettent également un ensemble de coupables à l'origine de ce problème : le monde hospitalier et ses régulateurs, accusés de collusion et de conservatisme. Les journalistes définissent d'emblée le problème autour de la question de la transparence de l'information. Leur entreprise est amenée à rencontrer le combat de patients mobilisés.

2) Les « malades en mouvements » : mobilisation contre les infections nosocomiales

Le deuxième mouvement qui participe à la construction de l'absence de mesure d'Etat de la qualité hospitalière comme un problème public se déploie dans la continuité d'une vaste dynamique amorcée dans les années 1980, parfaitement résumée par l'expression de « malades en mouvements », empruntée ici à J. Barbot (2002). Se constituant en associations et en mouvements sociaux, les malades ont alors commencé à bousculer le monde sanitaire. A travers un ensemble de mobilisations, ils ont exigé une meilleure prise en compte des patients, davantage d'égalité dans l'organisation du système de santé, et un droit de regard sur sa régulation. Ce mouvement a pris une forme singulière dans la France des années 1990, marquée par des scandales sanitaires retentissants, lorsque des usagers victimes d'infections nosocomiales se sont regroupés sous la forme d'une association qui milite en faveur de davantage de « transparence » et d'évaluation de la sécurité des soins. Le combat de cette association va contribuer à spécifier le problème public qui nous intéresse, en lui donnant une cause centrale : la mesure des infections nosocomiales à des fins d'information des patients.

Entre scandales et quête de démocratie sanitaire : un contexte général de défiance

Le secteur sanitaire n'est pas le seul à connaître une montée en puissance des rhétoriques affirmant la centralité des « usagers » ou des « clients » dans les réformes de modernisation des services publics depuis la fin des années 1980 (Warin [dir.], 1997). Depuis plusieurs décennies, le domaine de la santé se révèle toutefois particulièrement marqué par une série d'affaires et de scandales, qui travaillent en profondeur son organisation et sa régulation. Les années 1980 voient l'émergence du sida, en France comme dans d'autres pays. Les malades s'organisent autour des premières revendications concernant l'accès aux médicaments, et prennent la parole face à cette

maladie, inconnue, incertaine, d’abord fortement stigmatisée, qui constitue une véritable « épreuve » pour la régulation sanitaire (Barbot et Dodier, 2000; Barbot, 2002; Dodier et Barbot, 2000). Par un intense travail politique, les associations de malades du sida modifient alors profondément les « formes politiques » de la médecine (Dodier, 1993) dans ses rapports avec la science et les pouvoirs publics. L’Affaire du sang contaminé, qui éclate en France sur la scène publique à partir de 1989 (Setbon, 1993), constitue évidemment une « épreuve » majeure pour les hémophiles, mais aussi, dans un sens, pour le secteur sanitaire dans son ensemble, que l’affaire contribue à « métamorphoser » profondément (Fillion, 2009). Cette affaire constitue d’ailleurs le plus marquant des « scandales » qui secouent les institutions sanitaires françaises et suscitent de la défiance dans les années 1990 et au début des années 2000, de l’affaire de l’amiante, en passant par la crise de la vache folle, jusqu’à l’épisode de la canicule. En un mot, le contexte est marqué par la montée en puissance de la « sécurité sanitaire » (Tabuteau, 1995).

Dans ce contexte particulier, à partir du milieu des années 1990, les pouvoirs publics mettent de plus en plus en avant le rôle que doivent jouer les usagers du système de santé. Les ordonnances « Juppé » de 1996 posent ainsi deux grands principes : la reconnaissance des « droits des patients » dans une charte spécifique, et l’institutionnalisation de la représentation des usagers dans les établissements de santé. La loi dite « Kouchner », du 4 mars 2002 et relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, réaffirme ces grands principes, encadre et légitime la représentation collective des usagers, et autorise la communication directe du dossier médical aux patients. Ce mouvement de renforcement et de reconnaissance du droit des patients, dans une logique de démocratisation du système de santé, se traduit par l’émergence d’une rhétorique forte sur l’« *empowerment* » des usagers, c’est-à-dire le fait de leur donner des capacités de participation à la gestion et de contrôle de la régulation du système de soin. Son degré d’aboutissement et d’effectivité dans les pratiques fait toutefois largement débat (Lascoumes, 2007). Cette lame de fond de démocratisation sanitaire trouve une concrétisation empirique bien identifiable autour de la mobilisation de patients qui se constitue sur le thème de la lutte contre les infections nosocomiales.

L’Affaire de la clinique du Sport et la mobilisation de l’association Le LIEN

C’est dans ce contexte général de défiance qu’éclate l’Affaire de la clinique du Sport. Progressivement à partir de 1988, une soixantaine de patients de cet établissement parisien sont contaminés par une bactérie dangereuse pour les os, le xénopi¹, lors d’opérations pratiquées dans des conditions de stérilisation insuffisantes. Il faudra quasiment une décennie pour qu’éclate « l’affaire »

¹ Le xénopi est « un micro-organisme qui peut se trouver dans l’eau courante et dont la résistance aux antibiotiques est particulièrement développée » (Carricaburu, 2009, p. 61)

médiatique et politique (Naiditch, 2006)¹. Comme le résume bien cet auteur, « *l'histoire débute par la publication dans le quotidien le Parisien, le 11 septembre 1997, d'un long article portant à la connaissance du grand public les souffrances morales et physiques endurées pendant six ans par Béatrice Ceretti et résultant de l'infection qu'elle a contractée lors d'un séjour hospitalier. Relayé dans les 24 heures par plusieurs passages de son mari sur les chaînes de télévision, ce récit va faire brutalement émerger dans l'espace public (et ce, de façon durable) la problématique des [infections nosocomiales]* » (Naiditch, 2006, p. 85). Quelques années après le début du scandale, B. Ceretti écrit un livre de témoignage, *Ils m'ont contaminée* (Ceretti, 2004) dans lequel elle raconte son calvaire et son errance médicale suite à sa contamination au cours d'une opération bénigne d'une hernie discale, qui va peu à peu la paralyser. Cet extrait de la présentation de cet ouvrage permet parfaitement de saisir le ton de la mobilisation sociale qui va être forgée par le couple Ceretti, à partir de 1997.

« Béatrice Ceretti dénonce 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. [...] C'est le combat d'une mère de famille handicapée par la souffrance et la narration de la véritable enquête "policière" à laquelle a dû se livrer son mari, Alain-Michel, tant en France qu'aux Etats-Unis, pour qu'éclate la vérité. C'est désormais le combat d'un couple afin que le public soit informé de l'existence et des dégâts causés par les maladies nosocomiales. Ce combat est à l'origine de la prise de conscience des autorités médicales et politiques. » (Ceretti, 2004, quatrième de couverture)

Hautement personnalisé lors de son émergence, ce combat de « deux personnes » singulières va grandir progressivement en véritable mouvement social, faisant d'une affaire singulière un révélateur d'un « problème » plus général, « l'incompétence des spécialistes », « l'impéritie des pouvoirs publics », accusés tout à la fois de n'avoir pas pris la mesure de la gravité de la situation, et de n'avoir pas pris suffisamment de mesures pour lutter contre les infections nosocomiales en général. C'est le mari de Béatrice Ceretti, Alain Michel Ceretti, qui entreprend de constituer l'association de représentation de ces victimes, prénommée « le LIEN » (lutte, information et études sur les infections nosocomiales). Il est suivi dès le départ dans son « lancement d'alerte » par la presse (Carricaburu, 2009, p. 61), sur laquelle il va s'appuyer au cours des mois puis des années pour « *faire passer les infections nosocomiales de la sphère médicale vers la sphère politique* » (Carricaburu, 2009, p. 68), en publicisant tous les aspects du « problème ». Tout en publicisant la dimension morale du scandale, l'association milite dans un premier temps pour obtenir une juste indemnisation des victimes d'infections nosocomiales de la clinique du Sport. Elle intente une action en justice à l'encontre des

¹ Il s'agit bien du même M. Naiditch que celui qui participe à la publication du dossier « Faut-il classer les hôpitaux » dans la revue *La recherche* en 1999. Le statut de l'article que nous mobilisons est toutefois différent, puisque l'auteur s'appuie ici sur une méthodologie d'enquête de sciences sociales (travail de la littérature grise, entretiens réalisés avec les protagonistes de la surveillance d'infections nosocomiales en France), qui permet de retracer cet épisode abordé succinctement dans les entretiens que nous avons réalisés.

praticiens de la clinique qui sera couronnée de succès de longues années plus tard¹. Rapidement, Le LIEN élargit son combat à la représentation de l'ensemble des victimes d'infections nosocomiales en France, faisant de l'affaire de la clinique du Sport un « cas révélateur » du problème général des infections (Carricaburu, 2009, p. 62). L'association se bat dès lors pour la mise en place d'un dispositif efficace d'indemnisation de tous les accidents médicaux², et fait pression sur les acteurs politiques en faveur d'une « transparence » accrue sur le sujet. La mobilisation de l'association rencontre ainsi inéluctablement le combat mené par les journalistes, avec lesquels les liens ont toujours été étroits.

« On a toujours eu de bonnes relations avec la presse. Avec les journalistes. [...] Moi, j'ai jamais lu un palmarès pour choisir où me faire soigner. Mais enfin c'est vrai que pour les établissements, par contre, ça les bouge ! Et c'est bien ! Mais j'ai l'impression que ce qui fait le plus bouger quand même c'est quand il y a une affaire médiatique qui explose. C'est une certitude. » (Présidente du LIEN ayant succédé à Michel Alain Ceretti, entretien I-43)

Les palmarès hospitaliers et la mobilisation des victimes d'infections nosocomiales se conjuguent étroitement en 1997, année qui correspond à la fois à la publication d'une « liste noire » marquante et à l'éclatement de l'affaire de la Clinique du Sport.

Comment le LIEN revendique une « transparence » de l'Etat sur les infections nosocomiales

Dès 1997, l'association critique fortement l'opacité pour les profanes du système existant de surveillance des infections nosocomiales, par ailleurs 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 risques³. Les attaques de l'association ne se limitent pas aux pouvoirs publics ou à la Clinique du sport : c'est le corps médical qui se retrouve accusé publiquement de négligence et de connivence (Carricaburu, 2009, p. 66). Les experts de l'hygiène sont abasourdis et peinent à rendre audibles leurs réponses face à la stratégie de « déconfinement » de la définition des infections nosocomiales qui est portée par l'association et bien relayée dans les médias. L'association impose en effet aux pouvoirs publics et aux professionnels un déplacement de la question des infections nosocomiales dans un espace plus ouvert, qui « exclue » largement les experts en hygiène du jeu de définition (Carricaburu, 2009, p. 67).

Dès 1999, l'association milite pour la création d'un système d'information transparent, visant à mesurer les « résultats » des établissements relativement à leurs taux d'infections nosocomiales. Ces résultats, selon la logique de l'association, doivent permettre d'établir des comparaisons qui pourraient

¹ En mars 2010, c'est-à-dire 22 ans après les contaminations, deux des trois praticiens poursuivis sont reconnus coupables d'avoir dissimulé les premières infections aux patients, et condamnés à de la prison ferme (quatre ans dont 18 mois fermes pour l'un, deux ans dont six mois fermes pour l'autre).

² L'action du lien sera notamment traduite dans les faits par la création de l'Oniam (Office national d'indemnisation des accidents médicaux) et des CRCI (comités régionaux de conciliation et d'indemnisation) au début des années 2000.

³ Pour une description plus précise du dispositif de lutte contre les infections nosocomiales au début des années 1990 et de son évolution suite à la mobilisation du LIEN, voir Naiditch (2006) ou Carricaburu et Lhuillier (2009).

être rendues publiques. Les personnes aujourd'hui en charge du tableau de bord des infections nosocomiales au ministère mettent en avant le rôle clé du LIEN.

« On travaillait assez étroitement avec les représentants du LIEN. Ils disaient : "il faut qu'on sache quels sont les bons et les mauvais établissements, il faut que les patients soient en mesure de choisir les établissements". C'était globalement ça, l'idée. » (Chef du bureau en charge des indicateurs au ministère de la Santé, entretien I-23)

Ce message n'est initialement pas accueilli très favorablement au comité technique qui gère la question nosocomiale. Comme l'explique M. Naiditch (2006), la majorité des professionnels participant au CTIN résiste, dans un premier temps, à cette élaboration d'un classement d'Etat qui permettrait de comparer les établissements selon la qualité de leurs prises en charge. D'abord, parce que les professionnels se méfient de cette association qui critique fortement les modalités d'exercice de l'expertise qui ont préalablement existé, et qui met en danger le cadrage à dominante professionnelle adopté jusqu'alors autour du dispositif de lutte contre les infections, censé être le « support d'un apprentissage pédagogique » devant permettre le passage d'une « culture de déresponsabilisation » faisant des infections nosocomiales une « fatalité inhérente à la pratique médicale », qu'il s'agit de convaincre les acteurs hospitaliers de maîtriser du mieux possible (Naiditch, 2006, p. 87). Ensuite, parce qu'ils considèrent le choix de critères méthodologiques permettant d'opérer un tel classement comme particulièrement délicat. Enfin, parce qu'ils considèrent qu'un « temps d'acculturation » est nécessaire pour vaincre les réticences d'une grande partie des médecins à accepter une telle démarche. Les professionnels présents au CTIN militent donc d'abord pour une période d'expérimentation assez longue, « réservant les résultats aux seuls professionnels » avant d'envisager une diffusion publique (Naiditch, 2006, p. 90). L'idée de la transparence fait toutefois clairement son chemin à la toute fin des années 1990.

Dans ce contexte où les professionnels de l'hygiène en charge du dispositif de surveillance sont réticents, l'association revient régulièrement à la charge pour « aiguillonner » les pouvoirs publics au tournant des années 2000, par l'intermédiaire des médias, mais aussi par les liens qui sont tissés directement par Michel Alain Ceretti avec les ministres qui se succèdent. Dans le contexte de la publication des palmarès hospitaliers, et du mouvement affiché d'« empowerment » des usagers, les responsables politiques se montrent sensibles aux arguments et aux objectifs du LIEN, portés par la personnalité charismatique de Michel Alain Ceretti, qui se constitue progressivement une expertise originale et singulière sur les différents aspects de la question des infections nosocomiales. Loin de rester dans une pure stratégie d'opposition, Michel Alain Ceretti se montre prêt à coopérer de manière constructive avec les représentants politiques et administratifs.

« Michel Alain Ceretti a été très écouté par Bernard Kouchner. Puis Douste Blazy. Puis Mattei moins, mais ça a quand même continué, Puis Xavier Bertrand est arrivé, et là il y a vraiment eu un excellent contact. Il faut dire que son cabinet était plus intéressé. Enfin bref, le contact passait bien avec Michel Alain Ceretti... » (Présidente du LIEN ayant succédé à Michel Alain Ceretti, entretien I-43)

A travers la personnalité charismatique de ce « lanceur d’alerte », c’est ici un autre « entrepreneur » institutionnel singulier de la « mesure » que nous rencontrons. Son parcours professionnel à la tête d’une petite entreprise d’électronique a donné à ce « profane » (Carricaburu, 2009, p. 69) une certaine vision de la normalisation de la qualité dans l’industrie, qui n’est pas pour rien dans les revendications portées par Le LIEN en faveur d’un meilleur contrôle de la sécurité des soins. Il est donc tout sauf anodin que les premiers indicateurs nationaux aient été produits autour de la thématique des infections nosocomiales, sous l’effet du militantisme du LIEN, qui a rapidement fait de cette idée d’un palmarès d’Etat une revendication essentielle de son combat.

« Il y avait une volonté assez molle dans l’administration ! Et là où ce mouvement s’est le plus constitué, c’est dans le domaine des infections nosocomiales, parce que vous avez un VRAI MILITANT. La plupart des associations de patients ne militent pas pour des indicateurs de qualité. Là, on est tombé sur un type qui avait un problème de santé à travers sa femme, et qui [venait du] privé... Il a réuni sa cause militante avec sa compétence professionnelle, et il a fait émerger quelque chose ! » (Inspecteur général de l’IGAS, entretien I-42)

Dans un contexte général de défiance, Le LIEN, en se liant avec des journalistes mais aussi avec certains représentants de l’Etat, occupe une place essentielle dans la qualification du problème. D’abord, parce que son combat résonne fortement avec la dénonciation de l’absence de transparence portée parallèlement dans les palmarès. Ensuite, parce qu’il spécifie cette quête autour d’un objet central et mobilisateur : les infections nosocomiales, participant de la qualité et de la sécurité des soins. Enfin, parce qu’il ne se limite pas à « désigner » et à « blâmer », mais porte également une « revendication » (Felstiner et al., 1980) très claire : le développement d’une mesure d’Etat.

3) De la licitation par l’Etat à la sollicitation de l’Etat

Le troisième mouvement qui fait de l’absence de mesure officielle de la qualité un problème public prend place à l’intérieur de l’Etat lui-même, dans l’interaction entre ses acteurs et les deux mouvements décrits précédemment. D’un côté, l’Etat a licité l’émergence du problème, à travers l’essor de l’évaluation médico-économique au cours des années 1990 (Benamouzig, 2005, ch. 6) et d’un dispositif de suivi des infections. De l’autre, l’Etat se trouve sollicité par la convergence des palmarès et de la mobilisation du LIEN à la fin des années 1990. Mis en accusation, les ministres qui se succèdent à la fin des années 1990 commencent à interroger l’administration et les experts sur la manière dont ils peuvent « prendre des mesures » en faveur de la transparence.

La licitation par l’Etat d’une mesure de la qualité hospitalière

Tout en montrant la richesse et l’ingéniosité des journalistes, F. Pierru (2004) soutient que ces derniers, du fait des multiples contraintes qui pèsent sur leur pratique professionnelle quotidienne, ne sont pas des producteurs autonomes de problèmes publics : « leur travail consiste surtout à mettre en forme les préoccupations et les problématiques d’autres univers sociaux, en particulier politique et

administratif » (Pierru, 2004, p. 249). A suivre cet auteur, à travers leur premier travail de « mise en mesure » de la performance hospitalière, les journalistes auraient essentiellement « mis en forme » les préoccupations politiques et administratives, en s'inscrivant dans un mouvement plus large de remise en cause de la rationalité et des pratiques médicales. Derrière l'ambivalence des différents acteurs politiques et administratifs, les palmarès hospitaliers cristalliseraient en fait les ambitions réformatrices difficiles à assumer de la part des pouvoirs publics. Les palmarès rempliraient « involontairement, comme par la bande, une fonction de "communication politique" pour des pouvoirs publics cherchant à déminer le terrain politiquement explosif des restructurations hospitalières », en menant « un travail que les différents organismes publics en charge de la santé souhaitent engager mais que les rapports de force politiques et les routines administratives leur interdit » (Pierru, 2004, p. 269). En un mot, si les palmarès ont pu devenir à la fois « pensables » et « faisables » au milieu des années 1990, ce serait par un effet de « licitation » opéré par l'Etat : le vaste mouvement institutionnel d'économicisation de la santé et de mise en transparence de l'hôpital opérant en « toile de fond » auraient en quelque sorte « autorisé » l'action de certains journalistes et médecins porteurs d'une vision hétérodoxe de la médecine (Pierru, 2004, p. 250).

Evidemment, les « problèmes publics » n'apparaissent pas *ex nihilo* (Gilbert et Henry, 2009, p. 18). Les palmarès sont bien apparus à un moment particulier de l'histoire institutionnelle du secteur sanitaire. Ils ont bénéficié de l'existence et du renforcement des bases de données médico-administratives concrètes (CEBH, SAE, PMSI), qui ont permis de fonder les classements sur des données établies. De plus, la réaction des responsables politiques et institutionnels valide dans une certaine mesure cette lecture : ni les ministres, ni les responsables de l'administration, ni les dirigeants de l'Agence nationale d'accréditation des établissements de santé (ANAES) ne prennent véritablement position contre les palmarès, considérés comme utiles pour « faire bouger » les médecins.

« Moi j'avais poussé à ce que [...] l'ANAES s'exprime face aux palmarès... Et l'ANAES a eu un silence assourdissant. En se disant, "c'est de la merde, d'accord, mais ils font bouger". Donc ils n'ont rien dit. Moi j'ai pas trouvé ça bien, mais bon [rires]. » (Médecin réanimateur, à l'époque membre du CS de l'ANAES, entretien I-48)

Il en va de même en ce qui concerne la capacité de l'association Le LIEN à se faire entendre : si son combat trouve « prise » sur les pouvoirs publics, c'est parce qu'il bouscule tout le travail institutionnel 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 publics au cours des trois décennies suivantes (Carricaburu, 2009, p. 60). Au cours des années 1990, c'est toute une politique de surveillance des infections nosocomiales qui se développe progressivement. Coordinée par l'Institut national de veille sanitaire (INVS), cette politique consiste à mettre en place un système d'information à l'échelle nationale, dans 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. Le comité technique des

infections nosocomiales (CTIN) est en charge de cette surveillance depuis le milieu des années 1990. Il réunit des experts professionnels de l'hygiène, et des représentants de la direction générale de la santé (DGS) ainsi que de la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS), qui constituent la « cellule infections nosocomiales » du ministère. Le « problème » des infections nosocomiales n'émerge ainsi pas *ex nihilo*.

« Les indicateurs, ça a été possible parce qu'il y avait toutes les bases, dans les établissements il y avait du monde, il y avait un programme d'action, il y a un dispositif de surveillance en place, une politique nationale d'audits, la certif qui balaye tout le risque infectieux... Toute cette cohérence qui fait que pour avancer plus, c'est "diffusion publique des résultats". » (Chef du bureau en charge des indicateurs au ministère, entretien I-23)

Ce sont bien les premières définitions de ce qui est alors conçu comme un « risque acceptable », construit dans le cadre « confiné » d'une expertise en hygiène hospitalière hétéroclite (Carricaburu et Lhuilier, 2009; Carricaburu, 2009), qui vont faire l'objet d'une dénonciation par les acteurs « profanes » du LIEN. Cette expertise « confinée » va même constituer un socle de connaissances, de données et d'informations que le « lanceur d'alerte » Alain Michel Ceretti va s'approprier personnellement dans les années qui suivent.

A notre sens, cette grille de lecture en termes de *licitation par l'Etat* ne doit toutefois pas conduire à limiter la place des journalistes et des militants du LIEN à une fonction, fut-elle involontaire, de « mise en forme » de préoccupations préexistantes des pouvoirs publics. La conjonction des palmarès et de la mobilisation du LIEN n'a pas simplement « accéléré » une dynamique qui aurait été le résultat d'une « intention » des pouvoirs publics. Ces deux mouvements et leurs acteurs, en s'appropriant le problème, ont un effet propre de *sollicitation de l'Etat*.

La sollicitation de l'Etat pour des mesures légitimes de la qualité à l'hôpital

Palmarès et mobilisation du LIEN, en construisant l'absence de mesure d'Etat comme un « problème public », mettent lourdement en accusation les acteurs publics, et les obligent à se positionner. Comme F. Pierru le souligne d'ailleurs : « *pour être en mesure de retourner contre l'Etat ses propres instruments de connaissance du monde, les journalistes ont dû endosser les habits du statisticien [...]. En un sens, les palmarès remettent en cause la définition de la statistique comme science de l'Etat, dans un domaine de surcroît particulièrement sensible pour lui : la santé* » (Pierru, 2004, p. 248). Au-delà de la seule question des infections nosocomiales, c'est bien tout le processus de définition de la mesure qui risque d'échapper au contrôle de l'Etat, par ce « déconfinement imposé de l'extérieur » (Carricaburu, 2009, p. 69). Les différents acteurs de l'Etat ne restent pas passifs face à leur « mise en cause », d'autant plus que l'accusation est largement opérée à partir d'un usage secondaire de données administratives. Les différents acteurs publics ne sont pas tous dans la même posture vis-à-vis de l'émergence de ce « problème ». Mais tous sont bousculés, chacun à leur niveau, par ces deux mouvements. Leurs réactions sont rendues publiques. Elles prennent la forme de prises

de position ambiguës, ou de controverses méthodologiques. Mais les acteurs étatiques sont tous mis sous pression par les palmarès et la mobilisation du LIEN. A cette occasion, ils prennent conscience de l'existence d'un nouvel enjeu fort, l'information publique autour de la performance hospitalière. Pour les témoins de cette époque séminale, ces différents éléments sont étroitement imbriqués.

« L'histoire, elle est liée à une conjonction de choses... Les palmarès qui sortaient dans la presse, une attente des usagers, l'association le LIEN mise en place suite à l'affaire de la Clinique du Sport, et puis les attentes des différents ministres. Parce qu'à chaque fois qu'il y avait un palmarès qui sortait, les ministres disaient "comment, moi, mes services ne peuvent pas classer les établissements de santé !?". » (Chef du bureau en charge des indicateurs au ministère de la Santé, entretien I-23)

Dès le début des années 2000, les différents ministres qui se succèdent et leurs cabinets, sensibilisés par le « marronnier » médiatique que sont rapidement devenus les palmarès, commencent à demander à l'administration de la santé de réfléchir sur les manières de bâtir un « classement d'Etat ». La première forme prise par la mesure à affichage public, à savoir le classement d'établissement dans la presse, soulève deux problèmes majeurs qui devront être résolus par les pouvoirs publics. D'abord, celui des modes de validité d'un tel « classement » des établissements. Ensuite, celui du conflit idéologique et politique avec les représentants des établissements et de la profession. L'administration, et notamment la direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (DREES), rapidement consultée en tant que direction « scientifique » du ministère de la santé affirment dès cette époque sa volonté d'établir une mesure d'Etat qui ne susciterait pas ce type de conflit politiquement coûteux, ne favorisant pas l'enrôlement des professionnels.

« La position ça a été : "l'information des usagers, ok, mais l'info, ce n'est pas du palmarès !" En disant : "ça n'apporte pas d'information, c'est trop [stigmatisant]" [...]. Méthodologiquement, ce n'était pas robuste du tout... En gros, ça risquait de jeter l'anathème sur les hôpitaux qui ne le méritaient pas. Avec un risque de bronca des hôpitaux, qui pourraient montrer que le palmarès n'était pas bon, et avoir éventuellement raison... A la DREES, les gens disaient : "il faut un temps d'adaptation culturelle. On n'a jamais posé les jalons de cette démarche en France, il faut y aller progressivement". » (Entretien avec un économiste à l'époque chargé de mission à la DREES)

Les journalistes et les acteurs du LIEN n'ont pas plus servi inconsciemment les intérêts des ministres ou des institutions de la santé que les pouvoirs publics n'ont servi les intérêts des journalistes et des acteurs du LIEN. Sur ce point, nous partageons la remarque de F. Pierru : *« Il serait cependant très réducteur d'interpréter ces transactions comme une pure et simple instrumentalisation des journalistes par leurs sources. [...] Si instrumentalisation il y a, elle est réciproque »* (Pierru, 2004).

Ces deux mouvements, par leurs capacités croisées à « détourner » les bases de données administratives, à publiciser et à « déconfiner » la question des infections nosocomiales, à acclimater les professionnels à la mesure et à susciter des réactions fortes et médiatiquement visibles, ont rendu difficilement évitable l'engagement d'acteurs étatiques dans la dynamique de mise en transparence de l'hôpital. L'existence de palmarès établis sans contrôle officiel mais néanmoins accessibles à un large public suscite la demande d'une forme *régulée* et plus légitime de ce type d'informations.

« Les politiques sur la qualité et la sécurité, [...] ce sont des réactions du politique par rapport aux crises. On prend le taureau par les cornes uniquement parce qu'il y a un problème. »

Acteur en charge des indicateurs à la DHOS puis à la DREES, entretien I-26

Cette citation résume bien la première section de ce chapitre. A la fin des années 1990, l'absence de mesure officielle de la qualité hospitalière en vient à être formulée comme un problème public, dont il devient impératif, pour l'Etat, de s'emparer. Cette situation est le fruit du processus collectif complexe qui se met en marche dans le contexte singulier de la crise sanitaire des années 1990. Ce processus met en jeu une poignée d'entrepreneurs politiques (Padioleau, 1982, p. 30), insérés dans plusieurs mouvements sociaux concomitants, qui se saisissant de la mesure pour des raisons singulières et contribuent, chacun à leur manière, à la construction du problème. Les journalistes, en réussissant un « coup médiatique », font émerger la question de la « transparence » et lui donnent une première forme, le palmarès d'établissements, tout en jetant l'opprobre sur les régulateurs sanitaires. Les « patients en mouvement » spécifient le problème autour de la mesure des infections nosocomiales, dont ils font un révélateur de la qualité et de la sécurité des soins, et exigent que les institutions publiques prennent des mesures sérieuses à ce sujet. De manière concomitante, ces acteurs construisent à partir de 1997 le caractère « saillant » du problème, qui constituera un facteur clé pour sa mise sur l'agenda ultérieure. Pour l'heure, les acteurs étatiques, s'ils ne sont pas passifs, sont encore mal à l'aise par rapport à la question qui leur est posée : « l'élite politique » aimerait reprendre le contrôle de l'information du public, mais ne sait trop comment s'y prendre ; les acteurs administratifs craignent le conflit qui pourrait émerger à cette occasion ; les experts en évaluation prônent une autre approche de la transparence, qu'ils peinent à rendre audible.

Pour les différents acteurs de l'Etat soumis à des pressions externes, il devient urgent de se réapproprier la mesure officielle de la performance, de détourner le soupçon, de reconstruire la confiance, et « d'éviter le blâme » (Weaver, 1986). Pour parvenir à récuser l'accusation que les pouvoirs publics « ne font rien » pour améliorer la qualité des soins, tout en proposant aux professionnels et aux établissements des modalités d'évaluation de la qualité validées par la Science et par l'Etat, encore faut-il inventer une mesure alternative de la performance, plus légitime, mieux maîtrisée par les institutions publiques, plus proche du travail des experts en information médicale. Loin de constituer un aboutissement, la « publicisation » qui s'opère à la fin des années 1990 ne constitue finalement qu'une étape dans la « carrière » du problème et de ses solutions (Gilbert et Henry [dir.], 2009, p. 15). C'est au sein d'espaces d'expertise plus discrets et plus confinés, en tension avec ces espaces « publics » (Gilbert et Henry, 2009, p. 18) qui ont commencé à mettre en forme le problème, que vont être travaillées les premières formes d'une mesure d'Etat.

2. *Quand l'Etat cherche ses mesures : premières compositions d'un motif cognitif*

Comment reprendre la main sur les palmarès hospitaliers ? Comment répondre aux sollicitations des patients en mouvement ? Au tournant des années 2000, l'Etat se met discrètement en quête de dispositifs qui permettraient d'équiper une mesure officielle, publique, et acceptable de la performance hospitalière. La tâche se révèle fort complexe. Elle implique un travail cognitif d'exploration, de réflexion, d'innovation, qui va être accompli essentiellement par le petit milieu des experts en évaluation médico-économique, qui s'est préalablement constitué au sein de l'Etat, et qui a pris depuis la fin des années 1980 la forme d'un champ d'expertise aux contours flous, peuplé de chercheurs, de gestionnaires, et de professionnels socialisés aux savoirs de santé publique, de gestion, d'économie de la santé. Parmi ces experts, certains vont se saisir de la question pressante mais encore en friche d'une « mesure d'Etat » de la performance hospitalière, dans le but de lui donner ses premières formes. A travers ce moment au cours duquel l'Etat « cherche » ses mesures dans son expertise, dans ses bases de données mais aussi dans le regard qu'il porte sur les expériences étrangères, ce sont les premières compositions d'un motif cognitif qui se jouent. Rappelons-le, les motifs peuvent être définis comme des « *systèmes socialement organisés de bonne raisons* » (Benamouzig, 2005, p. 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. Les motifs ont ainsi des effets propres sur le monde social auquel ils s'intègrent : ils « *produisent des raisons, des arguments, des effets de conviction de nature à provoquer un mouvement* » (Benamouzig, 2014, p. 112). Au tournant des années 2000, le motif d'action publique en faveur de mesures d'Etat de la qualité n'en est pas là. Il reste entièrement à composer, à partir d'outils et de savoirs pour l'heure disparates et éparpillés.

Afin de saisir les premières compositions de ce motif, il faut d'abord remonter aux prémices d'une expertise d'Etat, dans les années 1990 (1). Il faut saisir, ensuite, comment cette expertise en vient à œuvrer à deux premières compositions différentes du motif au tournant des années 2000, à travers un travail sur « les performances hospitalières » sous l'égide de la direction de la recherche du ministère (2), et un travail d'élaboration « d'indicateurs de qualité » qui naît au sein de l'hospitalisation privée avant de rejoindre l'ANAES (3). Il s'agit de montrer, enfin, comment ce motif cognitif en vient finalement à devenir un motif d'action publique, lorsqu'en 2003 le ministre de la Santé inscrit formellement l'élaboration d'indicateurs d'Etat sur l'agenda politique (4).

1) Le groupe IMAGE : les prémices d'une expertise d'Etat en évaluation de la qualité

Le groupe IMAGE (« information médicale pour l'aide à la gestion des établissements »), qui s'épanouit sous l'égide de l'administration à partir de la fin des années 1980, est incontournable pour saisir la forme que prend le champ de recherche sur les indicateurs qualité au début des années 2000. A défaut d'avoir produit des « mesures » de la qualité, ce groupe de chercheurs-experts a initié les premières réflexions institutionnelles sur le sujet, et a constitué une véritable « pépinière » cognitive sur l'évaluation médico-économique en général, et sur l'évaluation de la qualité en particulier. Dès les années 1990, les jeunes chercheurs qui se forment au groupe IMAGE s'ouvrent à des savoirs nouveaux, se socialisent à l'usage des données, observent les développements des systèmes étrangers.

Les premières réflexions sur la « mesure de la qualité » à partir du PMSI

Le groupe IMAGE se constitue progressivement à partir de 1987. Rattaché à l'école nationale de santé publique (ENSP)¹ qui forme les cadres hospitaliers, ce regroupement d'experts en santé publique, gestion et économie de la santé est chargé de produire des connaissances théoriques et pratiques sur les systèmes d'information hospitaliers, et plus précisément les diverses composantes et différents usages possibles du PMSI (Benamouzig, 2005, p. 308). Il s'agit bien d'équiper l'administration et les décideurs publics en expertise relative aux données médico-économiques, alors relativement récentes en France, au moment où l'administration entend généraliser le PMSI et en faire un usage croissant. Ce groupe d'experts a été constitué essentiellement dans le but d'« accompagner » le déploiement du PMSI, et de « produire de l'intelligence » sur les bases de données complexes. Comme en témoigne l'un des médecins de santé publique participant au groupe IMAGE jusqu'en 2000, plusieurs sous-groupes de réflexion ont été constitués autour de personnalités qui seront appelées à devenir les principaux experts français en systèmes d'information médico-économiques.

« Il y avait un groupe sur "qualité des systèmes d'information", c'est là que j'ai fait mes armes un peu théoriques sur la question, que j'ai appris ce que j'ai enseigné après. Il y avait un autre groupe sur la "mesure des coûts" [...] autour de Jean Claude Moisdon, le Centre de gestion scientifique [CGS] de l'Ecole des mines... avec Dominique Tonneau aussi. [...] D'ailleurs il devait même y avoir Etienne Minvielle, qui allait devenir Monsieur COMPAQH². » (Entretien avec un acteur participant au groupe IMAGE)

L'un des enjeux de l'époque est de valoriser le PMSI, notamment vis-à-vis des médecins, en le rendant « attractif » pour qu'il fasse l'objet d'usages par la communauté médicale, qu'il s'agit de ne

¹ L'ENSP est créée en 1945 pour former le corps des directeurs d'hôpital. En 2007, elle se rapprochera de l'université pour former l'école des hautes études en santé publique (EHESP).

² Pour anticiper ici légèrement sur la suite de l'histoire : le projet COMPAQH (« coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière ») sera, de 2003 à 2010, le projet central de développement d'indicateurs institutionnels en France, dirigé par Etienne Minvielle, sur lequel nous allons revenir par la suite. A l'époque de ce groupe de travail, Etienne Minvielle est un jeune chercheur en gestion rattaché à l'ENSP.

pas se mettre à dos. C'est dans cet objectif que le groupe IMAGE commence dans la première moitié des années 1990 à s'intéresser à la question de la mesure de la qualité des soins par le biais du PMSI.

« [Ce qu'on veut à ce moment-là au ministère] c'est que le projet ne soit pas mis dans la poubelle de l'histoire. On ne veut pas heurter la communauté médicale de plein fouet. [...] Il faut pouvoir avancer sur le projet du PMSI, tout en le rendant compatible avec l'idée que ça pourrait intéresser les médecins. Pour vendre le PMSI, on a été obligé de lui coller des attracteurs, et notamment la question : "on pourra peut-être interroger la qualité des soins", pour renvoyer à l'idée que les professionnels pourraient s'en servir dans le cadre d'une évaluation par les professionnels. » (Expert du PMSI dans les années 1990, entretien I-49)

La stratégie du ministère est de faire accepter le déploiement et la généralisation du PMSI en mettant, si cela s'avère possible, l'accent sur la qualité des soins, censée intéresser de manière spécifique les médecins. La question de la qualité apparaît comme un nouveau « medium » possible, un moyen de créer du lien entre les hiérarchies médicales et administratives, entre la tutelle et les établissements.

Un espace de socialisation des experts aux questions de mesure de la qualité

C'est dans ce cadre que le groupe IMAGE est chargé de travailler la possibilité d'utiliser les données du PMSI pour évaluer la qualité médicale. Le groupe IMAGE joue un rôle clé dans le développement d'une expertise nouvelle en « métrologie », qui se situe entre les savoirs épidémiologiques et l'économie ou la gestion de la santé. Au sein de cette expertise, la mesure de la qualité, balbutiante, devient un objet de recherche légitime, quoique peu visible à côté de la question centrale d'un usage gestionnaire et financier du PMSI. Certains parmi les experts se familiarisent à la littérature internationale qui émerge au cours des années 1990 sur cette question, notamment aux Etats Unis, en Australie, en Angleterre, aux Pays Bas et au Canada. Certains partent même étudier les réalisations des systèmes étrangers. En 1990, le coordinateur national du PMSI part ainsi aux Etats Unis, observer pour six mois l'un des premiers systèmes de comparaison des établissements sur la qualité de certaines de leurs activités mis en place à partir de bases de données qu'il aurait été théoriquement possible de construire. Depuis les années 1950, l'*American Hospital Association* collecte en effet l'ensemble des résumés de séjour dans les hôpitaux, de manière à constituer de grandes bases de données permettant d'évaluer la qualité des soins, en comparant les prises en charge. Il revient de son séjour de recherche dans l'organisme collectant les données déçu de l'absence d'usage fait de ces données dans les relations entre les payeurs et les hôpitaux américains. Collectées de manière volontaire, ces données n'ont pas été pensées comme un système de régulation.

« J'ai fait un rapport là-dessus, en disant "on progresse sur des couches d'information de plus en plus sophistiquées sur le fonctionnement des hôpitaux, mais on se rend compte que ce n'est pas du tout des instruments de médiation entre les hôpitaux et leurs payeurs". [...] Moi je reviens des Etats-Unis en 1990 en disant que toute cette histoire d'information, c'est du pipeau, on met des couches, des couches de plus en plus sophistiquées et finalement on n'en tire pas grand-chose. » (Expert du PMSI dans les années 1990, entretien I-49)

Inversement, le PMSI n'a pas été pensé comme un outil susceptible de nourrir des comparaisons sur les performances en matière de qualité des prises en charge, mais bien comme un outil pour quantifier

et comparer l'activité des hôpitaux. Comme ce coordinateur du PMSI, au milieu des années 1990, les experts qui travaillent au sein du groupe « qualité des systèmes d'information » du groupe IMAGE ne croient pas tellement en la possibilité d'utiliser les données du PMSI pour rendre compte de la qualité des soins. Ces dernières peuvent difficilement être utilisées telles quelles pour construire des indicateurs de qualité de la prise en charge, et le groupe considère qu'il s'agit là d'une « limite » importante de l'outil, qu'il faut assumer.

« Ce qui est sûr c'est que ça n'a pas été fait pour ça, il n'y a vraiment aucun problème ! Donc on n'a pas pu faire d'épidémiologie, et on a fait de la tarification ! [...] Objectivement, la qualité des données et le contenu des données fait qu'il est extrêmement difficile de s'en servir [pour mesurer la qualité]. » (Membre du conseil scientifique du PMSI, entretien I-48)

Le groupe IMAGE est une instance qui donne une certaine visibilité à ces experts et à ce discours qu'ils sont les seuls à pouvoir porter à l'époque : ce n'est nullement un hasard si ce sont certains d'entre eux qui sont sollicités par la revue *La Recherche* en 1999 pour critiquer méthodologiquement les palmarès qui s'appuient justement sur les données du PMSI.

En dépit du fait qu'il s'est surtout concentré sur les usages gestionnaires et financiers du PMSI et n'a pas permis de « produire » des indicateurs de qualité, le groupe IMAGE est unanimement qualifié par les témoins de la démarche française à l'époque comme une instance de socialisation et d'apprentissage à la question de l'évaluation médico-économique et de l'évaluation de la qualité. C'est parmi ce petit milieu d'experts que seront recrutés les « entrepreneurs » scientifiques et institutionnels de la démarche de production d'indicateurs de la qualité hospitalière.

« IMAGE, ça a été structurant... Etienne [Minvielle], [Michel Naiditch], [Pierre Lombrail]... Ça a été une pépinière de formation d'internes de santé publique qui se sont intéressés à cette question... [...] [La personne en charge à la FEHAP] vous la retrouvez là, Catherine Grenier¹ elle y est passée... L'actuel directeur de l'IRDES², il y est passé... C'était un nid ! » (Entretien avec un acteur participant au groupe IMAGE)

C'est notamment à partir de ces réflexions séminales au sein du groupe IMAGE que deux chercheurs sont amenés à s'intéresser plus particulièrement aux questions du lien entre les bases de données et la mesure de la qualité, au point de s'imposer comme les deux premiers chercheurs « entrepreneurs » de la démarche de production d'indicateurs en France : Pierre Lombrail et Etienne Minvielle. Tous deux vont orchestrer les premières compositions du motif cognitif au tournant des années 2000.

¹ Catherine Grenier, pour l'heure interne de santé publique au sein du groupe IMAGE, va jouer un rôle important dans la démarche française d'indicateurs de qualité, qu'elle va porter tout au long de son parcours au sein de l'hospitalisation privée, de la fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, puis de la Haute Autorité de santé.

² Institut de recherche et de documentation en économie de la santé.

2) La recherche de mesures de la performance sous l'égide de la DREES (1999-2001)

Le motif trouve une première composition dans un travail de recherche qui démarre sous l'égide de la DREES, en 1999. Dans le prolongement de la controverse autour des palmarès hospitaliers, un groupe de travail est mis en place afin de travailler sur la question des « *éléments pour évaluer les performances hospitalières* », et proposer une orientation pour répondre aux « demandes de transparence ». Ce groupe de travail va se nourrir de travaux étrangers, pour aboutir à la proposition d'un cadre d'analyse de la performance, et passer au crible un certain nombre d'indicateurs. Sans « produire » véritablement de mesure opérationnelle de la qualité, cette première composition du motif contribue à la formulation d'une approche consensuelle de la question des performances hospitalières.

Une première « réponse maîtrisée » des experts d'Etat aux attentes de transparence

Ce groupe de travail est animé par Pierre Lombrail, qui est identifié comme l'un des « experts » compétents par la direction de la DREES en 1999. Résolument « pluri-professionnel », il est composé d'acteurs professionnels issus des établissements (directeurs, médecins, cadres de santé), d'acteurs de l'administration de la santé, et de chercheurs issus du groupe IMAGE : médecins en santé publique, économistes, et chercheurs en gestion. Leurs travaux sont publiés sous la forme d'un numéro spécial de la revue de la DREES *Etudes et Résultats*, intitulé « *Les éléments de la performance hospitalière, les conditions d'une comparaison* » (Lombrail et al., 1999), puis d'un numéro de « *Dossiers solidarité et santé* » consacré au même sujet (P. Lombrail et al., 2001).

Sans surprise relativement au contexte décrit précédemment, l'un des objectifs de ce groupe de réflexion consacré à la mesure de la qualité est de développer une nouvelle « transparence » dans le système hospitalier, permettant aux institutions comme aux usagers d'avoir des informations sur la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé. Ce chemin étroit de la recherche de mesures officielles de la qualité susceptibles de contenter tout le monde est très visible dans ces extraits de l'avant-propos de la directrice de la DREES qui accompagne la seconde publication (Lombrail et al., 2001, p. 9). Cette dernière met d'abord en avant la « mission » de la direction de la recherche du ministère, qui consiste à « *réaliser avec le plus de rigueur et de transparence possible des études destinées à éclairer le débat public en s'appuyant sur des méthodes statistiques reconnues.* » Etant donné cette mission, il est « *indispensable que la DREES aborde la question des performances des établissements de santé, en se penchant sur les indicateurs qui pouvaient être utilisés à cet effet et en menant une réflexion sur les conditions de leur utilisation.* » L'avant-propos insiste non seulement sur la rigueur scientifique des méthodes, sur l'intérêt du « regard croisé » de « *scientifiques issus de différentes disciplines* », mais aussi sur le caractère « multidimensionnel » et « complexe » des performances des établissements. Il s'agit de proposer une réflexion très « large »

sur les différentes manières dont peut s'envisager la mesure de la performance hospitalière. L'objectif est bien de « répondre » à un « désir de transparence » du « grand public ».

Il s'agit surtout de répondre *prudemment* à cette demande de transparence, sous la forme d'instruments raisonnables et « consensuels », susceptibles de ne pas heurter les professionnels de santé : « *en l'état actuel, la diffusion d'indicateurs à des fins comparatives, surtout en matière d'évaluation de résultats, ne peut se faire qu'à des fins d'apprentissage et dans un contexte de dialogue où l'ensemble des parties concernées se concertent sur le sens à donner aux variations observées* » (Lombrail et al., 2001, p. 27). Le groupe de travail dément tenir un « propos démobilisateur » : « *s'il remet fondamentalement en cause la validité d'un quelconque classement, il ne méconnaît pas le besoin ressenti, de plus en plus largement, de données de référence permettant aux professionnels de se situer les uns par rapport aux autres et de progresser ensemble. Il est souhaitable qu'un tel besoin soit instrumenté dans un cadre maîtrisé* » (Lombrail et al., 2001, p. 27). La quête d'une instrumentation d'Etat est ici, et pour la première fois, clairement mise en avant. Pour les experts du groupe de travail de la DREES, une telle instrumentation ne peut être développée que si elle s'appuie sur un cadre théorique solide, qui permette de développer des mesures officielles solides par rapport aux exigences métrologiques, déployées à des fins d'apprentissage professionnel.

L'importation d'un cadre théorique large et consensuel

Le groupe de travail s'attache à définir conceptuellement ce qu'il est possible d'entendre par le mot « performance ». Les chercheurs se tournent alors vers le « groupe interdisciplinaire de recherche en santé », constitué de chercheurs en sciences de gestion au département d'administration de la santé de l'université de Montréal. Dans leurs travaux réalisés sous l'égide de l'OCDE, qui s'empare du sujet à la fin des années 1990 (Sicotte et al., 1998), ces chercheurs québécois s'intéressent aux différentes dimensions de la performance, entendues dans un sens élargi¹. Les auteurs de ces travaux sont perçus par les chercheurs du groupe de travail de la DREES comme des « passeurs » entre les Etats-Unis, engagés précocement dans la construction de savoirs hybrides entre la médecine et les sciences de gestion, et le monde francophone.

Cet aspect pluridimensionnel de l'approche séduit les chercheurs français du groupe de la DREES pour plusieurs raisons. D'abord, parce qu'il permet, d'une certaine manière, de réaliser la démarche inverse de celle qui n'avait pas été couronnée de succès au sein du groupe IMAGE, et qui consistait à mesurer la qualité à partir d'indicateurs construits initialement pour mesurer l'activité. Au contraire, il s'agit ici de commencer par s'interroger à un niveau « générique » sur ce que l'on souhaite

¹ Ces chercheurs distinguent quatre dimensions de la performance : adaptation (acquisition des ressources, adaptation aux besoins de la population, capacité d'attirer les clientèles, mobilisation de la communauté, innovation et transformation) ; atteinte des buts (équité, efficacité, efficience) ; maintien des valeurs (valeurs organisationnelles, climat organisationnel) ; production (productivité, volume de soins et services, qualité des soins et services).

mesurer, avant de construire des instruments susceptibles d'opérationnaliser cette mesure. Ensuite, et c'est évidemment lié au point précédent, ce cadre convient parce que parmi ces « dimensions » de la performance qu'il est souhaitable de mesurer, apparaît le « service rendu à la population dans son ensemble », cher aux médecins en santé publique comme Pierre Lombrail, et qui complète l'approche de *patient-centerness* développée notamment aux Etats Unis sous l'influence des travaux fondateurs de la qualité industrielle et du *client-centerness*. Si ce cadre pluridimensionnel séduit le groupe de travail, c'est enfin, et surtout, parce qu'elle permet de s'éloigner d'une définition trop étroite et trop connotée de l'évaluation en termes « d'efficience ». Cette approche est jugée compatible avec la quête d'une évaluation « consensuelle » qui soit perçue positivement, y compris par les professionnels de santé.

« Ce mot "performance", il arrive en France parce qu'on est en lien avec les Québécois... Avant, on parlait d'efficience, [...] mais là c'est "performance" dans sa compréhension anglo-saxonne, c'est à la fois réussir, entreprendre, avancer... » (Expert du PMSI dans les années 1990, entretien I-49)

Le dossier publié en 2001 met fortement en avant cette pluri-dimensionnalité et ce cadre d'analyse « générique », comme en atteste parfaitement le sommaire (voir encadré 2).

Encadré 2. Sommaire du dossier publié dans Solidarité et santé (Lombrail et al., 2001)

Éléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers

Qu'appelle-t-on performances hospitalières ? (P. Lombrail, M. Naiditch, D. Baubeau, C. Cases, P. Cuneo)

Evaluer l'efficacité en termes d'amélioration de la santé des individus et des populations

- Evaluer les performances « cliniques » pour les individus pris en charge (P. Lombrail, M. Naiditch)
- Evaluer la qualité du service rendu à une collectivité (D. Baubeau, participation de A. Corvez et C. Lucas)

Evaluer l'utilisation des moyens

- Un cadre théorique d'analyse microéconomique adapté à l'hôpital (P. Cuneo, A. Letourmy, S. Charyet-Protat, F. Bousquet, C. Gissot)
- Les mesures de performance économique en pratique (J.-J. Chalé, P. Métral, collaboration de P. Cuneo)

Evaluer la capacité d'adaptation aux changements (C. Cases, D. Baubeau, M. Naiditch)

Culture des organisations hospitalières, modes de relations de travail et qualité des soins (D. Baubeau, M. Naiditch, C. Cases, collaboration de J. Carlet et P. Lombrail)

Glossaire des principaux indicateurs cités dans le dossier

Etude complémentaire : Quelles informations sur l'hôpital pour les usagers ? (L. Amar, J. Bachimont, M. Brémond, V. Ghadi, C. Gissot, A. Letourmy, M. Naiditch, F. Schaetzel)

On observe que, dans cette approche, « l'efficacité économique » du système de santé est l'une des dimensions de sa performance. Dans une contribution intitulée *Evaluer l'efficacité en termes d'amélioration de la santé des individus et des populations*, P. Lombrail et M. Naiditch, présentent les différentes échelles auxquelles l'évaluation permettrait d'améliorer l'efficacité du système de soins, et qui sont développées dans les autres contributions. A l'échelle des établissements, il s'agit d'évaluer

non seulement la qualité des structures, mais également la qualité des pratiques et celle de la coordination des professionnels, afin d'améliorer les soins offerts aux individus. Cette première approche est d'ailleurs développée plus précisément par les mêmes auteurs dans une seconde contribution intitulée *Evaluer les performances « cliniques » pour les individus pris en charge*. Deuxième approche : à l'échelle d'un territoire, il s'agit d'évaluer l'adéquation entre les services offerts et les besoins d'une population, dans une approche de santé publique plus macroscopique intégrant un questionnaire sur la pertinence des soins aussi bien que sur les équipements présents et leur localisation. Cette approche en termes de santé publique est davantage développée par D. Baubeau, A. Corvez et C. Lucas, dans leur contribution intitulée *Evaluer la qualité du service rendu à une collectivité*.

A la suite du groupe IMAGE, ce groupe de travail de la DREES opère comme un espace de socialisation et d'apprentissage collectif, à l'intérieur duquel un ensemble d'experts réunis sous l'égide de l'administration de la santé vont « importer » et « traduire » un cadre théorique venu d'outre-Atlantique, puis formuler pour la première fois une réflexion sur des « indicateurs » susceptibles d'évaluer la « performance » sanitaire au sens le plus large, et le plus consensuel.

Un projet qui accorde une place somme toute limitée aux « indicateurs »

Dans ces travaux, des « indicateurs de performance » sont visibles et identifiés en tant que tels. Ils font l'objet de points méthodologiques : un encadré présente notamment la catégorisation issue des travaux classiques de Berwick entre indicateurs de structure, de processus, de résultat (Lombrail et al., 1999, p. 4). Sont également présentes les discussions concernant les différentes bases de données qu'il est possible d'utiliser, notamment la SAE et le PMSI, et leurs limites (Lombrail et al., 1999, p. 8). Toutefois, ils ne constituent pas l'objet central de la discussion, mais plutôt une « instrumentation raisonnable » qui devrait permettre de mesurer les différentes dimensions de la performance établies par un travail théorique. Plus précisément, le document publié en 1999 s'attache à discuter méthodologiquement les intérêts et difficultés d'usage des indicateurs habituellement utilisés, notamment dans les palmarès hospitaliers : volume d'activité, mortalité hospitalière, « notoriété / attractivité », durée moyenne de séjour (DMS), taux d'infections nosocomiales, taux de césariennes sont analysés en détail avant de conclure aux difficultés d'une transparence publique à partir de ces indicateurs sans pédagogie appropriée. Les indicateurs sont également mobilisés tout au long du dossier de 2001, qui en présente pour finir un « glossaire ». Ces travaux apparaissent donc, au moment de leur publication, très « conceptuels », dans une perspective de « recherche », qui ne « produit » alors pas directement d'indicateurs opérationnels.

« Ce groupe de la DREES était très attaché aux modèles théoriques... Donc c'était un premier travail très conceptuel, avec à la fin de ce petit "manuel" une proposition d'une liste d'indicateurs. Ça a intéressé quelques chercheurs, quelques personnes dans l'administration,

mais ça n'a pas donné grand-chose de concret, quand même, quoi, à l'époque... » (Entretien avec un économiste à l'époque chargé de mission à la DREES)

Les indicateurs apparaissent, dans les écrits du projet, comme des objets techniques identifiables, au service d'une transparence qui ne saurait être uniquement médiatique, mais qui doit devenir, en raison même de la complexité du sujet, l'objet d'une expertise particulière. Si le principe de la « mesure » de la performance à des fins de transparence est accepté, c'est dans le cadre d'une réappropriation « experte ». Si la « transparence » est maintenant mise en avant, ce doit être à travers des processus d'apprentissage professionnels, par des comparaisons raisonnées et volontaires. Pierre Lombraïl, qui est le premier à porter cette philosophie, prolonge d'ailleurs ces réflexions dans le cadre d'un autre projet de recherche mobilisant trois établissements, intitulé « indicateurs de performance expérimentaux pour la comparaison hospitalière » (INPECH). Entre 2002 et 2004, ce projet s'attache à expérimenter la construction d'indicateurs à usage des professionnels. C'est clairement ce genre d'usage raisonné de la comparaison entre pairs qui est mis en avant dans le projet.

« INPECH c'était un programme de démonstration, c'est-à-dire "voilà il faut mesurer, on sait qu'il y a les indicateurs, très bien, mais mesurer ça sert à rien, c'est la comparaison qui compte, est-ce qu'on est capable de construire un dispositif d'apprentissage du bénéfice de la comparaison par indicateurs". [...] "Est-ce qu'on peut se mettre d'accord sur un choix raisonné". C'était absolument passionnant de mettre les professionnels de terrain autour d'une table. » (Pierre Lombraïl, entretien I-45)

Cette philosophie se distancie du principe d'un « classement » tel qu'il est présenté dans les palmarès, et tel qu'il est, à l'origine, demandé par les ministres et leur cabinet. Ce qui se joue surtout à travers ce groupe de recherche, c'est une première tentative de réappropriation du sujet de la mesure officielle et publique de la qualité par certains experts, progressivement socialisés à la question de la mesure. Cette tentative déplace la démarche du côté de la « science » et de la plus « scientifique » des directions du ministère. S'il ne « produit » pas d'indicateur, ce groupe de travail et ses publications constituent une première composition cognitive. Les experts, en travaillant ces idées, amorcent un déplacement essentiel de la scène médiatique vers les institutions publiques, tout en dotant ces débats d'une légitimité qui se revendique comme scientifique. Au même moment, un autre projet de recherche voit le jour dans une autre partie du paysage institutionnel.

3) Un « guide rouge des indicateurs » patronné par l'UHP et l'ANAES (1999-2002)

Au tournant des années 2000, c'est une seconde composition du motif, à la philosophie bien différente de celle qui voit le jour sous l'égide de l'administration, qui a lieu sous le patronage de l'un de deux grands syndicats représentant les établissements privés : l'union hospitalière privée (UHP)¹.

¹ A cette époque, la représentation des directeurs d'établissements privés est divisée en deux syndicats : la FIEP (Fédération intersyndicale des établissements hospitaliers privés), qui regroupe surtout des directeurs de profil médical, et l'UHP (Union de l'Hospitalisation Privée), qui regroupe surtout des directeurs de profil administratif. Ces deux syndicats fusionnent en 2001 au sein de la FHP (Fédération de l'hospitalisation privée).

Ce projet, également tourné vers l'international, est ancré dans les sciences de gestion. Plus résolument « pragmatique », il vise surtout à produire des indicateurs concrets, utilisables dans les établissements de santé et permettant de mettre en valeur l'engagement dans la qualité. Ce projet sera amené à se rapprocher de l'ANAES, et à jouer, par la suite, un rôle directement structurant dans le processus de construction d'indicateurs d'Etat.

La naissance d'une réflexion stratégique sur la mesure de la qualité à l'UHP

Pour bien comprendre ce qui est en jeu à l'UHP, il faut remonter brièvement au début des années 1990, lorsque les dirigeants des principaux syndicats de l'hospitalisation privée voient la question de l'information médicale prendre de l'ampleur à l'échelle nationale. Ces derniers décident de « prendre les devants », en constituant des organes internes susceptibles de représenter les établissements privés et d'accompagner ces évolutions. Deux associations sont créées, l'une pour prendre en charge les questions liées à la qualité, l'autre pour s'occuper des questions en rapport avec le PMSI. C'est en lien avec ces deux associations qu'est également créée, à la fin des années 1990, une commission qui regroupe une quinzaine de « jeunes directeurs », résolument novateurs, qui participent à l'expérimentation du déploiement de l'accréditation des établissements de santé par l'ANAES.

Dans un contexte où la question de la tarification prend de l'ampleur, c'est au sein de cette « commission jeune » que sont établis des liens privilégiés avec l'agence, et que s'installe rapidement l'idée que les « efforts » accomplis sur la qualité par les établissements privés devraient donner lieu à des mobilisations stratégiques, voire à des revendications en matière de valorisation financière.

« Les directeurs disaient "nous, on fait des efforts pour être au top sur la qualité... Je fais bien plus d'efforts que les voisins, pourquoi on ne serait pas discriminé sur la qualité aussi, y compris sur un volet financier !" (Entretien avec un économiste à l'époque chargé de mission à l'UHP)

C'est dans ce contexte général que l'équipe constituée autour du délégué général de l'UHP, Alain Coulomb¹, entreprend en 1999 de se saisir d'un « appel d'offre » de l'ANAES qui mentionne une étude sur les « indicateurs de performance », et dont il a eu vent par le biais d'un membre de l'équipe précédemment passé par l'ANAES dans le cadre de son parcours professionnel. L'idée est alors de positionner le syndicat de l'hospitalisation privée de manière « stratégique » sur une thématique qui se développe depuis quelques années dans les autres systèmes de santé, et qui prend de l'ampleur en France. Deux ensembles de facteurs motivent la démarche de l'UHP. En premier lieu, Alain Coulomb se laisse d'autant plus facilement convaincre qu'il est bien placé pour sentir se structurer une nouvelle « exigence » de la part du public, qui prend forme dans le contexte de démocratisation sanitaire décrit dans la section précédente. Représentant personnellement la Clinique

¹ Alain Coulomb sera également amené à jouer un rôle important dans le développement d'indicateurs de qualité en France. Comme nous serons amenés à le montrer dans le chapitre 2, il est l'un des entrepreneurs qui porteront cette démarche au sein des institutions publiques.

du Sport dans le procès qui l'oppose aux victimes contaminées par le xénopi, le délégué général de l'UHP considère qu'il faut accompagner et anticiper ce mouvement plutôt que lui opposer une résistance illusoire.

« L'émergence du pouvoir des usagers commençait à se matérialiser à travers le SIDA, les infections nosocomiales, le sang contaminé. C'était une position défensive : si ce truc-là émerge, nous avons intérêt à tenter de l'organiser plutôt que de le subir. J'avais invité Michel Alain Ceretti aux journées de l'UHP. Avec mes mandants qui me disaient "tu es complètement fou, tu invites le mec qui nous traîne dans la boue !"» (Alain Coulomb, entretien I-32)

En second lieu, l'équipe réunie autour d'Alain Coulomb à l'UHP perçoit l'intérêt économique que pourrait représenter la démarche qualité à l'échelle de l'hospitalisation. Les établissements de santé privés connaissent à la fin des années 1990 une « crise de l'assurabilité », liée au refus de certaines compagnies d'assurer une activité médicale libérale aux risques jugés trop aléatoires et incertains. Cette crise appelle le développement de démarches d'objectivation et de prévention des risques, qui pousse l'équipe des gestionnaires de l'UHP à s'intéresser aux démarches de gestion de la qualité et de maîtrise des risques mises en place dans des grandes entreprises comme Renault, IBM, ou encore Air-France. Les gestionnaires de l'UHP partagent la conviction que la mesure de la qualité peut permettre de réaliser des gains économiques sur une « non-qualité » dont les coûts sont probablement élevés quoique non mesurés. Ils considèrent également qu'objectiver la qualité pourrait permettre de « différencier le produit », à un moment où le syndicat de l'hospitalisation privée tâche de « faire jeu égal » avec la puissante fédération hospitalière de France (FHF). La qualité apparaît donc comme une thématique sur laquelle les établissements privés pourraient se valoriser, non seulement vis-à-vis du grand public, mais également vis-à-vis des tutelles, lors de négociations budgétaires trop asymétriques et insuffisamment fondées sur des données objectivées.

« Nous étions dans un secteur qui était "a-économique", il y avait peu de liens entre la ressource, la quantité et la qualité du produit. [...] Les prix se discutaient au coin d'une table de haut fonctionnaire, mais, au fond, on était incapable de définir le produit qu'on vendait. Donc c'était clairement un handicap dans la discussion. On commençait à voir des gens en face de nous qui avaient quitté un peu les souks de Marakech pour se diriger vers les rivages de l'ENA ou de Polytechnique, donc on s'est dit "il faut regarder un peu comment on peut avancer"». (Entretien avec un acteur travaillant à l'époque pour l'UHP)

L'équipe gestionnaire de l'UHP propose alors à cette commission de « jeunes directeurs » d'amorcer une réflexion sur la « mesure » de la qualité, complètement absente de la première procédure d'accréditation française, et pourtant déjà en cours de développement aux Etats-Unis. Il s'agit bien essentiellement de positionner le syndicat dans une position stratégique, en anticipant un mouvement jugé inexorable, et en faisant la démonstration des capacités d'innovation du secteur privé, qui souhaite être « force de proposition » pour les pouvoirs publics.

« Donc c'est vrai qu'il y avait cette idée de se positionner sur un positionnement un peu pionnier, innovant, un peu stratégique. » (Entretien avec un économiste à l'époque chargé de mission à l'UHP)

Il reste à cette commission de jeunes directeurs, bénéficiant de l'aval des dirigeants de l'UHP, à trouver les ressources cognitives pour mener à bien cet ambitieux projet.

Les ambitions et les écueils d'un projet de recherche résolument pragmatique

Ce projet de recherche qui voit le jour à l'UHP se révélera très structurant par la suite. En effet, c'est ici qu'entrent véritablement en scène deux acteurs clé de l'histoire française des indicateurs de qualité. L'équipe de l'UHP est alors en contact avec un jeune chercheur en gestion du Centre de Recherche en Economie et Gestion Appliquées à la Santé (CREGAS, laboratoire INSERM et CNRS). Proche de l'ENSP, Etienne Minvielle participe aux réflexions sur la qualité de l'UHP. Depuis sa thèse, ce chercheur s'intéresse à la question de la « gestion de la singularité à grande échelle » dans le secteur de la santé. Il est l'un des experts qui s'est investi précocement sur la thématique de la mesure de la qualité au cours des années 1990. A travers son parcours universitaire, qui l'a notamment amené à travailler avec John Kimberley, l'un des spécialistes de la qualité en santé aux Etats-Unis, Etienne Minvielle a développé une expertise propre et spécifique sur les questions de « mesure ». Ses thèmes de recherche et le regard qu'il porte sur les développements d'indicateurs dans les systèmes de santé étrangers contribuent, à la veille des années 2000, à forger son intuition que la « mesure de la qualité » est amenée à se développer en France. Le jeune chercheur, qui a « accompagné » au sein du groupe IMAGE, a vu monter en puissance la question de la mesure de la performance, et commence à sentir qu'il s'agit d'un thème de recherche dans lequel il y a « du grain à moudre ».

« On sent que le développement des indicateurs et la mesure de la qualité va devenir un sujet assez important [...] [A cette époque], c'est considéré comme quelque chose qui ne marche pas, la mesure de la qualité ! » (Etienne Minvielle, entretien I-20)

Le second acteur clé de la démarche française qui entre en jeu à travers ce projet de recherche est Catherine Grenier, alors jeune médecin de santé publique et étudiante à l'ESSEC (école supérieure des sciences économiques et commerciales), qui s'investit dans ce projet de construction d'un « nouveau guide rouge » des indicateurs d'abord sous la forme d'un stage de fin d'études, puis d'un contrat de six mois avec l'UHP.

L'intuition d'Etienne Minvielle concernant l'essor de la mesure de la qualité croise assez rapidement celle d'Alain Coulomb et de son équipe à l'UHP. A partir de la réponse à l'appel d'offre de l'ANAES, un contrat de recherche est signé avec les deux chercheurs. Il s'agit d'établir, en croisant une collaboration avec les « jeunes directeurs » de la commission de l'UHP et une revue de la littérature internationale, des mesures de la qualité méthodologiquement valables, susceptibles d'être réunies au sein d'un « guide rouge » de présentation des différents indicateurs, fortement inspiré par les guides gastronomiques présentant et notant les restaurants. Dans un second temps, le projet doit tester les indicateurs jugés les plus intéressants (une vingtaine d'entre eux) dans les établissements

volontaires (correspondant aux « jeunes directeurs ») au sein de l’UHP. Le projet est résolument « pragmatique », tourné vers l’action.

« On essaye de raisonner sur des indicateurs. Dans un cadre qui n’est pas très "recherche", mais qui est une sorte d’inventaire, de revue de littérature de ce qu’on pourrait faire... » (Etienne Minvielle, entretien I-20)

En plus des entretiens, deux sources permettent de retracer sommairement les débuts du projet (E. Minvielle et Grenier-Sennelier, 2000, 2001). Il en ressort que le projet de l’UHP présente des points communs avec le travail qui se développe à la DREES au même moment autour de Pierre Lombraïl. Les chercheurs accordent d’abord une certaine importance à la notion de « transparence » vis-à-vis des usagers. Ils établissent également un cadre d’analyse théorique de la performance¹, avant de produire des mesures à partir d’une revue de la littérature internationale (Minvielle et Grenier-Sennelier, 2001, p. 138). Toutefois, le projet se distingue par l’accent mis sur la *production d’indicateurs*. Il ne s’agit pas uniquement de passer à la critique les indicateurs existants et utilisés dans la SAE, le PMSI, ou même les palmarès. L’objectif principal est bien de trouver une méthodologie valide pour produire une poignée d’indicateurs, si possible de résultats, susceptibles de discriminer simplement et efficacement la qualité, dans une perspective de recherche appliquée directement utile pour les gestionnaires.

« La commande d’Alain Coulomb, je me rappelle c’était "sortir quelques indicateurs pour savoir si l’établissement est de qualité ou pas !" [...] Gros défi ! [rires] ». (Entretien avec un membre du projet « guide rouge » des indicateurs)

Par ailleurs, faisant le constat des grandes difficultés auxquelles se heurte la démarche consistant à évaluer la performance du système de soins dans sa globalité, les chercheurs prennent le contre-pied des travaux menés à la DREES, et décident plutôt de construire ces indicateurs à l’échelle de l’établissement de santé (Minvielle and Grenier-Sennelier 2001, p.132), choix important pour la suite de cette histoire. Les chercheurs du « guide rouge » proposent leur propre « découpage » de la qualité hospitalière, en sept dimensions².

En dépit de cette ambition et de cette volonté d’arriver à une synthèse « d’indicateurs de résultats », la revue de littérature montre rapidement toutes les difficultés d’un tel projet. Il s’avère difficile de sélectionner quelques indicateurs de résultats, qui posent des problèmes métrologiques et statistiques particuliers, bien résumés par Catherine Grenier.

« Dans la littérature, il y avait très peu de choses sur les indicateurs de résultats. [...] En pratique, on n’avait pas les moyens de mesurer ça. Il y avait des problèmes de faisabilité. Par exemple, si on mesure le taux de mortalité, il y a l’ajustement, il faut intégrer toutes les variables qui peuvent expliquer [les taux différentiels], c’est très compliqué si on n’a pas les

¹ Ce cadre théorique emprunte, lui aussi, aux travaux québécois mobilisés par le groupe de la DREES (Sicotte et al., 1998).

² Sécurité de la prise en charge ; qualité perçue par le patient ; efficacité des soins ; organisation de la prise en charge ; systèmes d’informations, support et traitement des données ; pratiques médicales et paramédicales ; pratiques managériales.

mêmes patients au départ... [...]. C'était moins simple que ça en avait l'air...» (Catherine Grenier, participant à l'époque au projet « guide rouge » des indicateurs, entretien I-30)

Ces problèmes sont exacerbés dans le contexte de bases de données moins matures en France que dans certains systèmes étrangers disposant déjà au tournant des années 2000 d'agences spécialisées, comme les Etats-Unis, ou l'Australie. Les systèmes d'information français ne permettent en effet pas, à cette époque, d'opérer un suivi des patients à travers l'ensemble du système de soins, absolument nécessaire pour obtenir des variables d'ajustement nécessaires pour calculer des taux ajustés. Dans ces conditions, les chercheurs doivent faire entendre leurs difficultés aux directeurs et aux gestionnaires de l'hospitalisation privée qui attendaient pourtant des indicateurs « de résultat ».

« On a négocié, et on n'est pas arrivé à cette synthèse, mais parce qu'on a démontré que ça n'était pas possible. [...] Donc on est revenu, pragmatiquement, à des analyses d'indicateurs de processus. » (Entretien avec un membre du projet « guide rouge » des indicateurs)

La postérité intellectuelle et institutionnelle du « guide rouge des indicateurs »

S'il n'aboutit pas aux indicateurs initialement prévus, ce projet sous l'égide de l'hospitalisation privée joue un rôle important dans l'histoire de la composition d'une mesure de la qualité à des fins de transparence. D'abord, parce qu'il aboutit à une typologie de 281 indicateurs, classés par thème, techniquement décryptés. Cette typologie n'est finalement pas publiée, mais elle va cadrer fortement les démarches de qualité de quelques établissements privés, et surtout constituer un premier socle crucial d'expertise pour les deux « entrepreneurs » de la mesure, que ce projet de recherche aura socialisé aux grands enjeux de la littérature internationale consacrée à la mesure de la qualité.

« J'ai fait une revue de littérature assez monstrueuse [...]...Tous les indicateurs sont là, index par numéro, donc ça va du taux de chute, au taux d'attraction des établissements, ça peut être les mortalités, jusqu'à des indicateurs d'accessibilité, de délai [...] C'était le premier travail français de vision globale [...] Je l'ai gardé ! Donc vous voyez, ça, c'est affectif [rires].» (Catherine Grenier, entretien I-30)

Ce projet de recherche confirme largement Etienne Minvielle dans son intuition de l'inexorabilité du développement de la démarche de « transparence » en France. Ce premier projet de recherche véritablement consacré aux « indicateurs » a contribué à « mettre le pied à l'étrier » du jeune chercheur en gestion, qui voit au même moment les publications et les événements internationaux consacrés à la mesure de la performance se multiplier. En 2000, une controverse majeure a suivi la publication du rapport de l'OMS (World Health Organization, 2000) dans lequel l'organisation compare l'efficacité des différents systèmes de santé de 191 pays membres, sur la base d'indicateurs relativement simples (coûts en rapport du PIB, espérance de vie moyenne, etc.)¹. L'année 2002 est

¹ La France est classée première en ce qui concerne la « performance globale ». Le rapport fait couler beaucoup d'encre, et les indicateurs utilisés sont rapidement remis en question, poussant l'organisation à abandonner l'idée de classement dans les rapports qui suivent.

également très importante de ce point de vue, puisqu'elle est marquée par l'organisation par l'OCDE d'un colloque consacré à la mesure de la performance.

« J'ai participé à une conférence de l'OCDE à Ottawa [...] sur la performance. Et je travaillais sur le chapitre "mesure de la qualité : état des lieux"¹. [...] Ce colloque était quand même assez clé, [...] il y avait un peu tous les noms, il y avait Peter Smith², Niek Klazinga³, les gens qui avaient écrit le rapport de l'OMS avec le classement mondial⁴ [...], les grands noms quoi... Et il y avait du monde, c'était assez intéressant, il y avait Kouchner, tous les ministres de la santé de l'époque qui étaient là... Et ça a marqué aussi ce sentiment que c'est quelque chose qui était en train de se développer. » (Etienne Minvielle, entretien I-20)

Ce projet de recherche aura, ensuite, été l'occasion d'un premier questionnement sur les usages possibles d'une telle démarche de mesure de la qualité, qui n'ont rien d'évident au tournant des années 2000. Dans la conclusion prospective de leur publication, les deux chercheurs considèrent que la production d'indicateurs est un moyen clé de faire progresser les démarches qualité des établissements : *« Le premier [enjeu] [...] est l'impulsion que de tels systèmes peuvent constituer pour développer des actions d'amélioration de la qualité. [...] La mise en place d'indicateurs quantifiés peut permettre d'établir des analyses d'impact de ces démarches. »* (Minvielle et Grenier-Sennelier, 2001, p. 142). Prudemment, les auteurs avancent également les premières réflexions concernant les usages bureaucratiques possibles de telles mesures, en matière de contrôle de la qualité ou en matière de paiement à la qualité. Ils envisagent notamment la question d'une « tarification pondérée par la qualité » du secteur hospitalier (Minvielle et Grenier-Sennelier, 2001, p. 143). Enfin et surtout, ce projet aura confirmé les deux chercheurs dans leur intuition que la mesure de la qualité, encore émergente, constitue certes « un défi d'ordre méthodologique » en termes d'élaboration des dispositifs et de leur acceptabilité par les professionnels, mais ouvre aussi des « perspectives prometteuses pour les économistes et les gestionnaires de la santé ». (Minvielle et Grenier-Sennelier, 2001, p. 131). Ils n'auront de cesse, dans la suite de l'histoire, de porter ces « perspectives prometteuses ».

Finalement, ce projet de recherche est amené au sein de l'ANAES par l'intermédiaire d'Alain Coulomb, lorsque ce dernier quitte l'hospitalisation privée pour devenir directeur de l'agence en 2002. En dépit des limites des résultats produits par les chercheurs, ce dernier trouve ce premier projet prometteur, et souhaite poursuivre le partenariat.

« Je trouvais qu'il y avait là quelque chose d'intéressant à faire. Donc [à l'ANAES] j'ai continué à travailler avec Etienne [Minvielle] parce que c'était un peu "le pourvoyeur d'idées". Avec cette... difficulté qu'il y a avec des chercheurs. Moi je voulais des résultats immédiats, lui il voulait de la recherche ! On a eu des discussions... Violentes mais fécondes ! » (Alain Coulomb, entretien I-32)

¹ Etienne Minvielle fait allusion à sa publication avec G. de Pourville (2002).

² Peter Smith, *Professor of Health Policy*, est l'un des experts en mesure de la qualité en santé qui est internationalement reconnu.

³ Niek Klazinga, *Professor of social medicine*, est l'un des experts néerlandais des indicateurs de qualité, également reconnu à l'échelle internationale.

⁴ Etienne Minvielle fait ici allusion au rapport de l'OMS (World Health Organization, 2000) mentionné précédemment.

A cette occasion, le groupe de travail sur les indicateurs change de forme et de contours : il s'élargit pour intégrer davantage d'établissements, et surtout des établissements de tous statuts. Il s'agira bien de produire des indicateurs, mais dorénavant à usage de l'ANAES et non plus seulement de l'hospitalisation privée. Ce n'est sans doute pas un hasard si la même année, l'ANAES publie un premier document méthodologique intitulé « *Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé. Principes généraux* » (ANAES, 2002), qui propose une synthèse des définitions et des critères mobilisés dans la littérature. Ce document atteste de l'intérêt, pour la première fois visible, de l'agence pour « la mesure » et « les indicateurs ». La revue de littérature et la typologie d'indicateurs produits par Etienne Minvielle et Catherine Grenier-Sennelier serviront ainsi de socle intellectuel aux travaux du projet de recherche COMPAQH, qui va poursuivre son institutionnalisation dans les années qui suivent, jusqu'à produire les indicateurs officiels généralisés à l'échelle nationale. Le projet national héritera de cette première composition du motif, qui a pourtant vu le jour à l'UHP dans des conditions assez différentes.

Ces deux premières compositions du motif, réciproquement sous l'égide de la DREES et sous le patronage de l'hospitalisation privée puis de l'ANAES, sont bien différentes. A certains égards, elles constituent même deux flux cognitifs opposés, le premier privilégiant des usages professionnels de la mesure et une approche de santé publique, alors que le second met davantage en avant les usages gestionnaires de la mesure, dans une approche nourrie par les sciences de gestion et le raisonnement économique. Mais les « tensions » entre ces différentes expertises sont aussi révélatrices de leur « entrée en relation » autour de l'émergence de mesures publiques de la qualité. Les nombreux « débats d'experts » qu'ils suscitent autour des années 2000 ont notamment pour conséquence de rendre de plus en plus visible cet enjeu. D'autant que malgré leurs différences et les difficultés qu'ils rencontrent, ces deux projets convergent sur deux points essentiels. Ils s'accordent d'abord sur le principe d'une nécessaire instrumentation d'une mesure de la qualité orchestrée par l'Etat. Ils constituent ensuite tous deux des espaces de socialisation au seuil de l'Etat, en lien avec les institutions publiques, qui se révèlent essentiels à un travail des approches, des savoirs, et des techniques de mesure. Autour de ces deux premières compositions du motif, c'est finalement un nouvel espace d'expertise qui naît à la fin des années 1990. Restreint à une poignée de chercheurs¹, hétéroclite, il commence à rapprocher des savoirs de santé publique, de gestion ou d'économie de la santé autour d'un motif nouveau : l'idée que l'Etat doit trouver des moyens fiables pour mesurer la qualité de ses hôpitaux. Cette expertise nouvelle pourra être mobilisée lorsque la « commande » des acteurs politiques va se faire plus pressante.

¹ Précisons que d'autres auteurs s'intéressent également à la question dès cette époque. Voir notamment les premiers travaux de l'équipe de P. Michel au CCECQA, comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (Michel et al., 2000, 2001) ou de C. Colin au CHU de Lyon (Couray-Targe et al., 1999). Nous serons amenés à nous intéresser à ces acteurs dans le chapitre 4.

4) Un motif d'action publique : l'inscription de la mesure d'Etat sur l'agenda politique

Si les pouvoirs publics sont travaillés par le problème d'une mesure d'Etat de la qualité depuis le milieu des années 1990, c'est en 2003 que la « société politique » (Padioleau, 1982, p. 25) inscrit finalement les indicateurs de qualité dans le système formel de la décision publique. Tout juste composé dans des espaces d'expertise discrets, le motif cognitif devient alors pour la première fois un véritable motif d'action publique, susceptible de mouvoir les institutions étatiques.

La commande formelle de Jean François Mattéi pour un « palmarès d'Etat »

L'inscription sur l'agenda politique de la mesure d'Etat a lieu dans un contexte mouvementé. Suite à l'alternance politique de 2002, la nouvelle équipe ministérielle autour de Jean François Mattéi¹ a décidé de généraliser la tarification à l'activité (T2A) à partir du PMSI à l'ensemble du système hospitalier. Mais il ne s'agit pas là de la seule décision volontariste du ministre : le 21 mars 2003, ce dernier saisit officiellement l'Institut national de veille sanitaire (INVS), passant officiellement commande pour un « tableau de bord national des infections nosocomiales », au contour encore incertain. Les deux démarches sont amorcées de manière parallèle. La commande ministérielle est alors précisément l'établissement d'un « classement » comparatif des établissements de santé par le ministère de la Santé, semblable à celui des médias.

« Un jour, le politique a dit "mais enfin, pourquoi est-ce que nous ne sortons pas nous-mêmes nos propres palmarès !?". Et la commande c'était ça : le palmarès des établissements qui avaient le moins d'infections nosocomiales. Ils voulaient vraiment qu'on fasse un PALMARES des établissements.... » (Acteur chargé de mission à la DHOS puis à la DREES, entretien I-26)

Cette mise sur l'agenda d'un tableau de bord d'indicateurs d'Etat ne doit rien au hasard. Plus que le « début » de la production d'indicateurs, elle constitue en fait déjà un premier aboutissement de l'ensemble des dynamiques mises en évidence dans ce chapitre. C'est d'abord la publication des palmarès hospitaliers qui « travaille » concrètement les équipes ministérielles depuis plusieurs années : entre 2000 et 2004, l'administration produit systématiquement une « note » au cabinet du Ministre à l'occasion de chaque sortie. Ensuite, le choix de la thématique des « infections nosocomiales » est évidemment lié au militantisme du LIEN et de son charismatique représentant, Michel Alain Ceretti, à qui le ministre a confié la rédaction d'un rapport sur les critères pertinents pour agréer les associations de malades, et qui va utiliser cette opportunité pour convaincre Jean François Mattéi (Naiditch, 2006, p. 92). La période a également été marquée par le déploiement de démarches comparables à l'étranger.

« [Le début des années 2000] a été un moment assez fort, tous pays confondus, sur ces sujets. [...] Les décideurs publics entendent qu'en Australie, en Angleterre, il y avait des expériences, ils sont invités dans des séminaires internationaux, donc ils voient qu'aux Etats Unis, ça se développe... » (Etienne Minvielle, entretien I-21)

¹ Entre 2002 et 2004, Jean François Mattéi est Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées au sein du gouvernement Raffarin.

Cette influence internationale dont témoigne Etienne Minvielle a pris la forme très concrète de la controverse qui a fait suite au rapport de l'OMS sur la performance des systèmes de santé (WHO, 2000), puis de l'organisation de la conférence internationale consacrée à ce sujet par l'OCDE en 2002 à Ottawa, à laquelle avait participé B. Kouchner, ministre de la santé du gouvernement précédent. Ce vaste mouvement n'échappe pas à la nouvelle équipe ministérielle. Par ailleurs, les premiers projets de recherche consacrés à des « indicateurs » commencent à faire parler d'eux, confirmant la montée en puissance du sujet, mais aussi l'existence d'une première expertise qu'il est possible de mobiliser. Quelques mois plus tard, un autre événement va confirmer l'inscription « en haut de l'agenda » de ce tableau de bord des infections nosocomiales : l'épisode de la canicule, à l'été 2003. Cet événement est l'occasion d'une nouvelle mise en cause du système sanitaire et de sa gestion par les autorités publiques. Affaibli par cet épisode, le ministre de la santé va chercher dans les mois qui suivent à « reprendre la main », notamment sur le terrain de la gestion des risques, et à faire la preuve d'une préoccupation forte pour la sécurité des soins (Naiditch, 2006, p. 92). Cette commande politique pour un palmarès d'Etat se révèle, dans un premier temps, embarrassante pour l'administration.

Organiser l'expertise : une réponse de l'administration en forme de compromis

Plusieurs témoins de l'époque soulignent la grande prudence initiale de l'administration, aussi bien à la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) qu'à la direction de la recherche, des études et des statistiques (DREES), par rapport à cette « commande formelle ». Entre 2003 et 2004, pour « répondre » à une demande politique perçue comme une injonction forte, l'administration s'appuie sur les différents projets de recherche en cours, en soulignant bien leur caractère expérimental, et le délai nécessaire à la « production » d'indicateurs d'Etat robustes pouvant être généralisés. L'administration adopte ainsi une position de tampon entre la commande politique et le processus de production de mesures suffisamment légitimes pour être déployées par l'Etat.

« On disait que les premiers résultats [...] seraient disponibles dès 2005. Mais qu'il s'agissait de "travaux expérimentaux qui portaient sur un nombre restreint d'établissements" et que "la phase de généralisation de recueil pourrait prendre deux à trois ans". On disait : "on fait de la recherche". Pour montrer que finalement c'était très très compliqué d'avoir des vrais palmarès. Donc on pouvait proposer certaines choses, mais on ne pouvait pas proposer des classements. » (Acteur chargé de mission à la DHOS puis à la DREES, entretien I-26)

En s'appuyant sur les premiers travaux d'experts, l'administration place rapidement à l'horizon de son travail la production d'indicateurs à destination des usagers, qui ne prendront toutefois pas véritablement la forme d'un « classement » comme ceux produits par les médias. La réponse administrative à la commande politique s'apparente ainsi à une forme de compromis, s'appuyant sur les premières compositions d'une mesure de la qualité produites par les projets de recherche, appelant à un développement ultérieur de « mesures d'Etat » dans un cadre contrôlé.

« C'est une période où le thème des indicateurs est en jachère. Mais il n'est pas totalement en jachère, parce qu'il y a des gens qui gravitent déjà autour, et qui en font un premier élément de fertilisation. »

Expert du PMSI dans les années 1990, entretien I-49

Ce membre du groupe IMAGE souligne bien la « première fertilisation » cognitive du thème de la mesure de la qualité que cette seconde section a permis de saisir. Au début des années 2000, les indicateurs de qualité n'existent toujours pas en tant qu'instrumentation d'action publique. Toutefois, les principes et les techniques d'une mesure d'Etat ne sont plus totalement « en jachère » : après avoir fait leur chemin discrètement au sein d'un petit monde d'experts en information médico-économique constitué sous l'égide de l'Etat, ils ont fini par être inscrits officiellement sur l'agenda sanitaire en 2003. Le ministère est maintenant en quête de mesures fiables, respectant les canons de la littérature internationale en métrologie. En quelques années, le motif cognitif (Benamouzig, 2005) connaît ainsi une première composition autour de cette idée d'une mesure d'Etat comparative de la qualité, à des fins d'affichage public. Un premier cadrage cognitif (Goffman, 1974) est opéré dès cette époque : l'échelle qui est choisie est celle de l'établissement de santé ; certaines thématiques paraissent prioritaires, comme les infections nosocomiales ; les indicateurs « de processus » sont privilégiés puisqu'ils soulèvent moins de problèmes métrologiques ; les projets de recherche mettent en avant une volonté de ne pas heurter les professionnels, de « pacifier » les conflits soulevés par les palmarès.

Si, à ce stade, le motif reste instable, peu rationalisé, peu solidifié et peu autonome, les incertitudes sont maintenant formulées, autour d'épineuses questions. Comment construire ces indicateurs robustes ? Sur quelles données s'appuyer, au vu des problèmes posés par le PMSI pour mesurer la qualité ? Les indicateurs doivent-ils servir essentiellement aux institutions publiques, aux professionnels, aux gestionnaires des établissements, ou aux patients ? Selon quelles logiques d'usage ? Comment les régulateurs publics peuvent-ils s'assurer de l'engagement des établissements et des professionnels dans la démarche ? Quels « indicateurs » doivent être sélectionnés pour remplir cette mission de transparence ? Les chercheurs qui ont commencé à constituer une expertise dans ce nouveau domaine métrologique ont déjà quelques éléments de réponse dans leur besace.

Conclusion : la genèse d'une entreprise de rationalisation comme effet émergent

« Ce n'est pas un PROJET, hein ! [...] Peut-être qu'un jour ça sera récupéré dans une démarche de vrai "contrôle"... Mais il n'y a pas quelqu'un qui aurait pensé cela, et qui serait en train de le mettre en œuvre... C'est franchement du bricolage, et les choses se rejoignent à un moment donné... »

Inspecteur général des affaires sociales, entretien I-42

« Dans les années 2000, le politique sent que la transparence, la diffusion publique, c'est quelque chose qui est important, qui fait écho. [...] C'est la conjonction de plusieurs facteurs. [...] Il n'y a pas "un acteur" prédominant. [...] Il y a plusieurs registres qui viennent, à un moment qui convient. »

Entretien avec un chercheur-expert

Ces deux citations soulignent bien la manière surprenante dont la question d'une mesure officielle de la qualité hospitalière à des fins de transparence se constitue progressivement en problème public à la fin des années 1990, pour se muer progressivement en motif d'action publique au début des années 2000. Cette genèse correspond davantage à un *effet émergent*, composé au cours d'un processus complexe et relativement ouvert, qu'à une entreprise intentionnelle qui aurait été pensée en amont par des acteurs politiques souhaitant réaffirmer un contrôle administratif sur l'hôpital au moyen d'indicateurs de qualité. Elle s'apparente à un agencement de « bricolages », dans ce qui est encore un « chantier à ciel ouvert » (Lascoumes, 1994, p. 22). Ce résultat peut être précisé à trois niveaux.

En premier lieu, s'il s'agit bien d'une entreprise, celle-ci se caractérise comme un processus *d'action collective*. Ce chapitre a montré comment différents fils s'entrecroisent, se rencontrent, et entrent en tension pour tisser les premières formes de mesure publique de la qualité. Ce motif est un construit social, qui émerge au cours de l'interaction entre un nombre restreint d'« entrepreneurs politiques » (Padioleau, 1982, p. 30) de la mesure. Agissant selon des logiques singulières, mobilisant des ressources qui leur sont propres, dans un cadre contraint, ces acteurs contribuent à l'étiquetage de la transparence de la qualité à l'hôpital comme un « problème public ». Aucun de ces entrepreneurs, qualifiés dans les entretiens de « visionnaires » ou de « pionniers » ne parvient à imposer définitivement sa définition du problème et sa solution : les journalistes voient leurs palmarès fortement critiqués ; les militants du LIEN n'obtiennent pas véritablement le « palmarès d'Etat » qu'ils appellent de leurs vœux ; Alain Coulomb n'obtient pas ses « quelques indicateurs de résultat » permettant de discriminer les établissements ; aucun des projets de recherche n'impose immédiatement sa philosophie ou ses mesures. Tous contribuent toutefois à forger le cœur du motif qui émerge au tournant des années 2000 : l'impératif de mesurer la qualité hospitalière afin d'informer le public. Au cours des tensions et des négociations qui se font jour dans leurs échanges, c'est un ensemble disparate de « bonnes raisons » (Boudon, 2003) et de techniques de mesure qui se rapprochent et trouvent une première cohérence : les journalistes imposent la notion de comparaison et de transparence par l'affichage public ; les militants du LIEN portent la thématique des infections

nosocomiales et l'enjeu d'un dispositif d'affichage en direction des patients ; les experts en évaluation médicale ou en information médicale diffusent les contraintes propres aux techniques métrologiques qu'ils sont les seuls à maîtriser, et déplacent la focale vers des indicateurs de processus.

En deuxième lieu, si cette entreprise est bien dotée d'une ambition politique, celle-ci a en fait elle-même *émergé* progressivement, au cours de la construction du problème et des premières compositions du motif. Certes, l'Etat est présent dès le départ, à travers le rôle joué par les réformes hospitalières des années 1990 dans l'élaboration de nouveaux systèmes d'information médicale, dans un but affiché de maîtrise des dépenses et de rationalisation de la gestion du secteur hospitalier, qui constituent à bien des égards un « terreau » favorable au développement de la mesure de la qualité comme un enjeu public. Néanmoins, le motif d'action publique ne se déploie absolument pas comme la « mise en œuvre » d'une intention préexistante, d'un « projet » politique précis ou encore d'une « idéologie néolibérale » qui serait portée activement par une élite politique militante. Lorsque la société politique *fin*it par s'emparer de la mesure comme d'un véritable motif d'action publique, c'est suite à une intense sollicitation de l'Etat par des acteurs extérieurs, dans le contexte d'une sérieuse mise en accusation du monde hospitalier et de sa régulation publique. A la fin de cette première période, il s'agit d'ailleurs plus d'une entreprise de « reprise de contrôle » par les pouvoirs publics d'un usage de l'information utilisée par d'autres à des fins de transparence, que d'une entreprise de contrôle des activités et de la gestion des établissements de santé par le biais de mesures d'Etat de la qualité hospitalière. Il est impossible d'identifier, dans ce récit, une intention fondatrice qui serait à l'origine du déploiement de cette « politique publique » qui n'est encore pas formulée comme telle. Il existe plutôt un ensemble d'intentions, portées par une pluralité d'acteurs stratégiques qui « *exercent une capacité réflexive [...] sans être pour autant extra-lucides* » (Padioleau, 1982, p. 27). C'est donc largement « par réaction » que l'Etat se saisit véritablement d'une démarche visant à promouvoir la transparence, l'auditabilité, la reddition de comptes des hôpitaux. Ici également, « *objectivity names a set of strategies for dealing with distance and distrust* » (Porter, 1996, préface, p. ix). A la fin de cette première période, le ministre est loin de contrôler parfaitement cette entreprise d'objectivation.

En troisième lieu, il est nécessaire de souligner qu'autour de ce motif cognitif, c'est aussi une nouvelle forme de « nébuleuse réformatrice » (Topalov [dir.], 1999)¹ qui émerge au seuil de l'Etat, composée par ceux qui commencent à se faire les promoteurs de la mesure². Si de par sa taille, cette nébuleuse n'a rien à voir avec celle, tentaculaire, des réformateurs du tournant du siècle, elle

¹ La « nébuleuse réformatrice » étudiée dans cet ouvrage a regroupé, dans les décennies charnières entre 1880 et 1914, des réseaux peu organisés et peu intégrés de notables, de philanthropes, d'élus et de savants s'attachant à agir sur le monde social à une certaine distance de l'arène politique. Œuvrant parfois conjointement et parfois en concurrence les uns avec les autres, ces acteurs partageaient un ensemble de conception des problèmes et des solutions à leur apporter, sans constituer à proprement parler un champ fortement intégré.

² La deuxième partie de la thèse développera les activités des acteurs centraux de cette petite nébuleuse qui se constitue autour des IQ d'Etat.

commence à regrouper une pluralité d'acteurs partageant un intérêt pour le domaine de la mesure de la qualité. D'emblée, l'expertise en métrologie se constitue à l'interstice entre différents espaces institutionnels : Pierre Lombraïl et Michel Naiditch transposent dans une approche de santé publique et d'évaluation médicale les questionnements des palmarès hospitaliers ; Michel Alain Ceretti construit un pont entre les préoccupations des victimes d'infections nosocomiales et les enjeux ministériels en termes de communication politique ; Alain Coulomb « entraîne avec lui » le projet d'indicateurs de l'UHP vers l'ANAES ; Etienne Minvielle et Catherine Grenier mobilisent une approche gestionnaire pour relier la littérature internationale sur les indicateurs de qualité avec les enjeux institutionnels français du tournant des années 2000. Ces « entrepreneurs de la mesure », sont aussi des « entremetteurs » en lien avec les organisations internationales comme l'OMS ou l'OCDE, qui portent un regard sur les évolutions des systèmes de santé des pays comparables. Ce sont ces acteurs qui connectent en une pluralité de flux cognitifs cette petite entreprise française à un vaste mouvement international de déploiement de mesures de la qualité, en se saisissant des développements étrangers comme de ressources qu'ils peuvent mobiliser dans leurs contextes d'action spécifiques. Ces savoirs métrologiques ne constituent toutefois pas seulement des « ressources » pour les experts, mais également une des « contraintes » dans lesquelles l'action publique doit s'inscrire : pour qu'une mesure d'Etat puisse être acceptée en tant que telle, celle-ci doit être parée de la légitimité de la « science ». Ces acteurs travaillent non seulement des savoirs métrologiques, mais également des croyances et des idées, et notamment l'idée cruciale que la mise en transparence de la qualité hospitalière est inexorable et répond à une « demande sociale » qu'ils construisent tout autant qu'ils ne l'observent. Ces acteurs opèrent, dès cette époque, un travail qui est aussi social. En construisant des « relations » entre espaces professionnel, institutionnel et scientifique, en circulant entre ces espaces, ces acteurs « experts » se connectent, entrent en réseau, emmènent avec eux leurs idées et leurs croyances, et adaptent leur cognition à ces différents univers. A peine constituée, cette expertise s'impose déjà comme incontournable : ses acteurs exercent dès l'origine un pouvoir d'influence qui sera amené à s'épanouir par la suite.

Ainsi, comme l'a déjà suggéré P. Lefebvre (2003), les entreprises de rationalisation ne doivent pas être considérées comme allant de soi, répondant de manière naturelle à des problèmes « évidents », au cours de processus de mise en œuvre linéaires. Au contraire, la genèse de l'entreprise de rationalisation par les indicateurs de qualité est d'abord un *problème*, qui prend une forme composite, tâtonnante, exploratoire, plurivoque et encore incertaine, avant d'aboutir à un premier cadrage de la mesure. En 2004, moment auquel s'interrompt cette première période du récit, le travail d'incarnation de ce motif dans des instruments d'action publique reste largement à faire. Il faut maintenant comprendre comment les institutions vont « prendre des mesures », recomposer le motif, et comment la seconde période de cette histoire va voir s'épanouir cette entreprise émergente de rationalisation par les indicateurs, pour l'heure loin d'être stabilisée.

Chapitre 2. Quand l'Etat déploie ses mesures

L'institutionnalisation prudente des indicateurs de qualité

« Il y a eu vraiment un "avant" et un "après" [les indicateurs]. C'est pas qu'on est passé en force, mais on ne s'est pas arrêté... Chaque sortie, chaque congrès, on en prenait plein la tête ! Et puis maintenant, voilà, sur ces histoires d'hygiène... on a vendu le truc à déjà deux colloques européens... Et les résultats montrent que globalement sur l'infection nosocomiale ça progresse. »

Chef du bureau en charge des indicateurs au ministère, entretien I-23, 2010

« Il fallait quand même faire rentrer l'esprit de MESURER ! La MESURE ! Personne ne voulait MESURER ! Comment voulez-vous comparer quoi que ce soit... Donc je pense que le grand avantage de tout ça, c'est qu'au moins les gens ont compris que la MESURE était une bonne chose. »

Ancien président du Collège de la HAS, entretien I-37, 2011

Comment passe-t-on de la méfiance suscitée en 2004 par la commande politique pour un « palmarès d'Etat », à ces discours volontaristes, tenus au début des années 2010 ? Ce chapitre étudie par quel processus l'impératif de mise en transparence de la qualité hospitalière, composé comme un motif d'action publique au début des années 2000, s'institutionnalise progressivement, en prenant la forme d'indicateurs de qualité (IQ) généralisés par l'Etat.

Plusieurs travaux se rejoignent pour souligner la fécondité d'une analyse fine des processus de construction sociale d'outils de quantification, d'outils de gestion, ou d'instruments d'action publique. Comme le suggère A. Desrosières (1993, p. 401), lorsque l'Etat se donne les moyens techniques et sociaux de « mesurer », il prend intrinsèquement des « mesures » pour gouverner. C'est donc une modalité particulière d'action publique qui peut être analysée par l'étude empirique du processus de « solidification » d'indicateurs de qualité. Comme le soutient par ailleurs J.-C. Moisdon, il est utile d'analyser le processus, intrinsèquement politique et cognitif, de « construction-négociation » qui structure les outils de gestion, dans la mesure où « l'outil intègre un certain nombre de conventions, de choix plus ou moins arbitraires, qui vont être oubliés par la suite, enfouis dans la mémoire de leurs concepteurs et dans la sédimentation des événements organisationnels » (Moisdon et al., 1997, p. 109). P. Lascoumes et P. Le Galès (2004) considèrent quant à eux que les instruments constituent un « traceur de changement » dans l'action publique, parce que « le type d'instrument retenu, les propriétés de celui-ci et les justifications de ces choix [...] semblent souvent plus révélateurs que les exposés des motifs et des rationalisations discursives ultérieures » (Lascoumes et Le Galès, 2004, p. 28). Si l'on en croit L. Thévenot (1986), les règles, les instruments, ou les outils de gestion peuvent finalement être analysés comme des « formes » résultant d'un « investissement » de la part d'acteurs sociaux, qui consentent à un « sacrifice » de ressources afin de construire ces formes, dans l'espoir d'un « retour sur investissement » en termes de prévisibilité, de stabilité, ou de coordination. Enfin, comme le soutient D. Benamouzig (2005), le « substrat matériel » des « motifs cognitifs » joue un rôle

dans leur capacité à acquérir une « autonomie », toujours relative, par rapport à leurs contextes sociaux d'usage (p. 14). En d'autres termes, l'incarnation dans une instrumentation d'action publique constitue une étape cruciale de la carrière du motif cognitif qui a connu ses premières compositions au début des années 2000. Cette incarnation est susceptible de lui donner une *force* propre, tout en le recomposant « *au gré des déclinaisons auxquelles [il] donne lieu* » (Benamouzig, 2005, p. 12).

C'est bien cette incarnation du motif qui constitue le fil rouge de ce chapitre, permettant de saisir dans un même regard les dimensions institutionnelle et cognitive de la dynamique à l'œuvre : ce chapitre saisit comment les institutions sont amenées à travailler les idées et les outils de la mesure, entre 2003 et le début des années 2010, mais aussi comment cette mesure, ses instruments et ses principes travaillent, en retour, le système institutionnel sanitaire. Autour de quels enjeux le développement d'IQ est-il opéré ? Quels sont les usages sociaux promus par les institutions qui « investissent » dans ces « formes » singulières ? Quels sont leurs effets de « rétroaction » du déploiement de la mesure d'Etat sur les institutions en charge de la régulation étatique de l'hôpital ?

A partir de l'enquête empirique consacrée à la fabrique de mesures de la qualité hospitalière au sein des principales institutions publiques, il est possible de reconstituer la trajectoire récente, inachevée, d'une *institutionnalisation* de la mesure d'Etat. Depuis 2003, les IQ deviennent une règle du jeu socialement acceptée. Une telle institutionnalisation suppose trois dynamiques. D'abord, l'acquisition d'une forme concrète et cohérente, pour ce qui n'est encore au début de la période qu'un agrégat fort peu intégré d'idées, de principes, de raisons d'agir. Elle suppose, ensuite, l'affirmation d'une capacité de contrainte sociale : les indicateurs doivent s'imposer comme un « impératif », une obligation incontournable pour les acteurs institutionnels. Elle suppose, enfin, une forme d'acceptation sociale : afin d'être « tenus pour acquis », les indicateurs doivent être dotés de sens, d'une capacité intrinsèque à convaincre, permettant leur appropriation et leur intégration comme une « évidence » dans l'esprit des acteurs et dans les routines bureaucratiques.

Le processus qui va être décrit dans ce chapitre peut être qualifié comme une institutionnalisation *prudente*. D'abord, parce qu'il est loin de correspondre à la simple mise en forme linéaire d'une intention réformatrice volontariste qui s'incarnerait dans une instrumentation. Au contraire, elle est façonnée pas à pas, au cours d'un *processus incrémental* (Lindblom, 1959) dont la trajectoire tumultueuse est marquée par des incertitudes et des tensions, surmontées cahin-caha par des échanges cognitifs et par des compromis institutionnels. Si cette institutionnalisation est prudente, c'est ensuite et surtout parce qu'elle repose sur un *travail d'institution* singulier, opéré par la poignée d'entrepreneurs de la mesure qui ont vu le jour précédemment, et qui se constituent à cette époque véritablement en une petite « nébuleuse » réformatrice (Topalov [dir.], 1999) capable de travailler les institutions de l'intérieur. Progressivement, ces acteurs « cadrent » (Goffman, 1974) cognitivement et socialement le processus d'élaboration des indicateurs. En incarnant le motif dans les indicateurs, ils le rendent « réel », ils définissent sa constitution technique aussi bien que le sens qui lui est associé. La

prudence désigne ici le mode d'action de ces entrepreneurs réflexifs et stratégiques, mais pris dans des réseaux de contraintes qui les conduisent à avancer pas à pas, en se montrant attentifs aux incertitudes et aux tensions du monde institutionnel au sein duquel ils opèrent. A travers leurs activités sociales et cognitives, ces acteurs irriguent les jeux institutionnels de flux d'idées, d'informations, de principes et de raisonnements, qui permettent de surmonter les réticences, de prévenir les conflits, de façonner le consensus. La pluralité d'idées, de principes, de techniques dont ils se font les vecteurs innovants constitue l'huile qui permet de dégraisser les rouages institutionnels et d'instituer ces IQ en construisant leur robustesse, leur légitimité, leur capacité à être déployés par l'Etat « en douceur ».

Si les différentes dimensions de l'institutionnalisation sont articulées et se répondent, elles ne se recouvrent pas complètement, et chacune progresse à son rythme tout au long de cette histoire turbulente. Ce processus nous entraîne dans les rouages complexes du monde de la bureaucratie. Il peut être restitué en trois temps, qui correspondent à des périodes chronologiques mais aussi à des étapes de l'institutionnalisation mettant au premier plan des mécanismes différents. La première étape, entre 2003 et 2006, est marquée par un investissement à bas bruit. Alors que les institutions publiques sont réticentes, la « prudence » est tout particulièrement de mise pour les promoteurs des indicateurs, qui se reposent sur l'expertise scientifique et ses flux cognitifs pour construire des mesures robustes et acceptables (1). Au cours de la deuxième étape, entre 2006 et 2010, les institutions publiques se disputent les premiers indicateurs de manière plus affirmée, autour d'une pluralité d'usages émergents. Alors que les IQ sont diffusés à l'échelle nationale, ils se font une place dans les pratiques administratives. Leur caractère contraignant fait son apparition (2). La troisième étape, entre 2009 et 2011, est marquée par une véritable institutionnalisation formelle des indicateurs, qui inscrit une pluralité d'usages dans les règles institutionnelles. Cette dynamique a sur la trajectoire institutionnelle un effet de cliquet, qui renforce le motif, et rend impérative sa rationalisation (3).

L'analyse menée ici permettra de compléter la réponse à la question centrale de la première partie de la thèse. Dans quelle mesure le déploiement d'indicateurs de qualité participe-t-il à une entreprise institutionnelle de rationalisation de l'hôpital ? Nous défendrons l'idée qu'à travers cette « concrétisation » des IQ s'invente pas à pas une forme originale de *gouvernement par la demi-mesure* à la trajectoire singulière et paradoxale. En une petite dizaine d'années, l'auditabilité, qui suscitait méfiance et résistance, se retrouve inscrite dans la loi et mobilisée en routine par de nombreux acteurs. Cette institutionnalisation n'est possible que parce qu'elle donne finalement lieu à une plurivocité d'usages inaboutis en matière de régulation du secteur hospitalier.

1. Quand les institutions investissent la mesure à bas bruit (2003 - 2006)

En 2003, les institutions publiques se sont vues confier la mission de développer un « palmarès d'Etat » comparant les établissements français en termes de qualité des soins. La commande politique du ministre constitue une impulsion majeure, mais ne résout pas les difficultés autour de la mesure.

Cette décision soulève en fait de nombreuses incertitudes, et l'investissement dans les « formes » que sont les IQ apparaît alors risqué, pour un « retour sur investissement » relativement incertain. Lors de cette étape qui reste encore « exploratoire », les différents acteurs en présence ont des préférences et des objectifs ambigus, qui évoquent davantage le « modèle de la poubelle » (Cohen, March, et Olsen, 1972) que celui de l'action rationnelle : loin de préexister, les intentions vont être forgées dans le cours de l'action, à travers la rencontre des flux de problèmes, de solutions et de participants qui sont loin de maîtriser parfaitement les technologies et les enjeux des décisions.

Dans ces conditions, les années 2003 à 2006 sont caractérisées par un engagement à la fois prudent et discret d'institutions bousculées par la commande politique, mais peu enclines à s'approprier une mesure dont les techniques et les usages restent à façonner. Cet investissement se fait pas à pas, à travers l'action d'une poignée d'entrepreneurs de la mesure qui travaillent les institutions, en les irriguant des flux cognitifs qui ont vu le jour au tournant des années 2000, et en faisant la preuve qu'il est possible de construire des mesures à la fois robustes et légitimes susceptibles d'être déployés à grande échelle. L'investissement institutionnel « à bas bruit » caractéristique de cette première étape de l'institutionnalisation des indicateurs prend plusieurs formes, qui s'articulent et se répondent : celle d'un projet de recherche expérimental, à la forme originale (1), dans un investissement d'abord ambivalent du ministère (2), et sous la forme d'un « travail en sourdine » à l'intérieur de la Haute Autorité de santé (3). Cette première étape de l'institutionnalisation aboutit à l'incarnation du motif cognitif dans les tout premiers « indicateurs d'Etat », et à l'ancrage institutionnel croissant de la petite nébuleuse réformatrice (Topalov [dir.], 1999) autour des IQ.

1) COMPAQH-1 : un projet de recherche pour produire des IQ sans faire de vague

Le chapitre 1 a décrit les débuts du projet de recherche visant à produire un « guide rouge des indicateurs », né sous l'égide de l'hospitalisation privée, puis « emmené » à l'ANAES par Alain Coulomb lorsque ce dernier en prend la direction en 2002. En 2003, ce projet connaît une première forme d'institutionnalisation pour trois ans, sous le nom de « COMPAQH » (coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière), qui hérite du « flux cognitif » d'idées, de principes, et d'indicateurs initialement mis en forme sous l'égide de l'UHP. Projet de « recherche appliquée » financé par la DHOS et l'ANAES, COMPAQH-1 est d'emblée ancré dans les savoirs de science de gestion et d'économie de la santé. Résolument pragmatique, il est chargé par les institutions publiques de construire une méthode pour bâtir des indicateurs d'Etat *robustes* et *acceptables*. Le projet va procéder à un ensemble de cadrages (Goffman, 1974) très structurants pour l'ensemble de la démarche française. En des termes utilisés par la sociologie des mouvements sociaux, le cadrage opéré à travers le projet consiste à « aligner » (Snow et al., 1986) le sens des indicateurs en cours de construction avec les schèmes interprétatifs des différentes parties-prenantes, de manière à

réduire au maximum les aspérités et les tensions, et à les mobiliser durablement dans le projet. Le projet opère une certaine acculturation à la mesure, à ses principes et à ses usages.

Un projet hybride et pragmatique

Formalisé progressivement à partir de 2003, COMPAQH-1 se constitue comme un « projet » original, un espace d'apprentissage et d'exploration dans l'interstice de l'univers des institutions publiques, de l'univers de la recherche et, dans une certaine mesure, de l'univers hospitalier local. En s'appuyant sur les premiers travaux du « guide rouge » des indicateurs, le projet est conçu comme un moyen d'élaborer des indicateurs susceptibles d'être plus consensuels, méthodologiquement plus « robustes » et donc moins contestables par les professionnels de l'hôpital que ceux des palmarès hospitaliers. Ce positionnement à la frontière est aussi un positionnement à l'équilibre entre ces univers, qui est bien visible dans la manière dont le projet s'organise et cadre ses travaux en « connectant » (*frame bridging*) les cadres interprétatifs de ces différents mondes (Snow et al., 1986, p. 467) dans les indicateurs.

COMPAQH-1 naît de la rencontre de plusieurs acteurs clés, qui ont déjà eu l'occasion d'établir des contacts à l'époque du « guide rouge » des indicateurs. Du côté des institutions publiques, ce sont le directeur de l'ANAES, Alain Coulomb, et le directeur de la DHOS, Edouard Couty, qui décident d'engager leurs institutions respectives dans le soutien financier du projet. Du côté de la recherche, sa mise en œuvre est confiée à un chercheur en sciences de gestion, Etienne Minvielle, rattaché au Centre de Recherche en Economie et Gestion Appliquées à la Santé (CREGAS), laboratoire dirigé par un économiste de la santé, Gérard de Pourville, et rattaché à deux grands établissements publics à caractère scientifique et technologique : l'INSERM (U537) et le CNRS (UPRESA 8052). Participe également au projet une petite équipe de chercheurs qui se sont positionnés de manière pionnière sur les questions d'évaluation médicale, de santé publique et de métrologie, au sein du comité de coordination pour l'évaluation clinique et de qualité en Aquitaine (CCECQA¹), dirigé par Philippe Michel (Minvielle et al., 2003). Le projet, auquel participent cinq chercheurs au total, est ainsi d'emblée placé sous l'égide des institutions publiques, tout en bénéficiant des précieux labels de l'INSERM et du CNRS, importants pour doter le projet d'une légitimité « scientifique » indexée au monde de la recherche médicale. Ces chercheurs revendiquent fortement leur inscription dans le monde académique. 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 hospitalières, du privé et du public. Ce groupe d'hôpitaux « prêts à l'emploi » (Naiditch, 2006, p. 93), dont certains se sont engagés dans la

¹ Le rôle régional du CCECQA (comité de coordination pour l'évaluation clinique et de qualité en Aquitaine) sera étudié plus précisément dans le chapitre 6.

participation au guide rouge des indicateurs depuis quelques années, joue un rôle clé dans le processus. Un « comité de pilotage » réunissant les représentants des institutions publiques, des fédérations et des établissements du panel est formalisé dès 2003, élargi aux représentants des patients et à un plus grand nombre de fédérations en 2004.

Les intérêts différents de ces trois mondes convergent dans une quête *pragmatique*, bien résumée par le directeur de la DHOS dans sa lettre de mission placée en exergue du premier rapport COMPAQH : « *déterminer un ensemble d'indicateurs pertinents, scientifiquement valides, pouvant être recueillis sans difficulté excessive* » (Minvielle et al., 2003). Pour les 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 membres du « guide rouge » des indicateurs, dont certains ont d'ailleurs suivi le projet. 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 et perturbateur.

« Chacun, si tu veux, 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. C'est pas si mal... [Nous les chercheurs] on était content parce qu'on avait des conditions pour avancer, il y avait du soutien. Et puis il y a eu ce mouvement politique qui est allé dans ce sens-là... » (Entretien avec un chercheur participant au projet COMPAQH)

Le cadrage par la méthode

C'est d'abord une méthode consensuelle qui va être inventée par COMPAQH, pour bâtir des mesures dotées d'une certaine robustesse par rapport aux contraintes métrologiques, et dotées dans le même temps de ce que T. Porter (1996) a qualifié comme une objectivité « mécanique », liée au caractère consensuel de leurs conventions d'élaboration, permettant de les faire reconnaître comme légitimes. La construction de la « mesure » est alors une occasion de déployer une méthode « rigoureuse » mettant en avant une forme de « partage du pouvoir » démocratique (Espeland et Stevens, 1998, p. 330) entre la science, l'Etat et les professionnels. A travers cette méthode, c'est un double cadrage qu'opère le projet COMPAQH-1 : un cadrage cognitif des thèmes et des logiques selon lesquelles des indicateurs peuvent être produits ; un cadrage social de l'organisation des activités qui permettra de les construire.

La première étape du projet est consacrée à la sélection consensuelle « d'objectifs prioritaires » susceptibles d'être « équipés » en indicateurs. C'est un premier cadrage cognitif qui est alors opéré par le projet, intégrant dans un même cadre les priorités des institutions publiques, et l'état des connaissances des chercheurs. Ces objectifs sont d'abord identifiés par l'équipe de coordination COMPAQH, à partir d'une revue de la littérature des systèmes internationaux d'évaluation de la performance, permettant d'identifier les domaines sur lesquels des connaissances étrangères peuvent

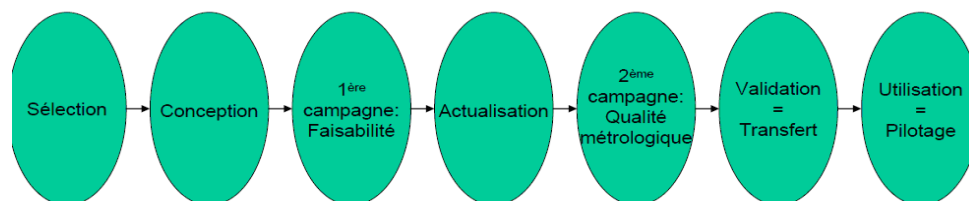
être mobilisées afin de faciliter la démarche française (COMPAQH, 2007a). Si le « flux cognitif » en provenance de la littérature étrangère joue incontestablement un rôle, les chercheurs ne souhaitent pas pour autant renoncer à certaines « spécificités françaises » peu présentes dans une littérature qui s'appuie sur des systèmes d'information bien différents des systèmes français. Cette première sélection opérée par les chercheurs est ensuite soumise au comité de pilotage du projet, avant de donner lieu à une concertation auprès des partenaires institutionnels hospitaliers, menée par la DHOS, permettant de valider la sélection (Minvielle et al., 2003). Cette liste d'objectifs prioritaires est le fruit d'un compromis, qui se déroule dans un cadre très « interpersonnel », et qui repose sur une grande autonomie des chercheurs.

*« On était dans un registre de confiance avec autonomie, c'était tout à l'honneur des pouvoirs publics de l'époque de nous avoir laissés assez autonomes sur ces choix, et d'avoir validé, finalement, les constats qu'on faisait, pouvant les remettre en cause, bien sûr, il y avait ce pouvoir de dire "ça on veut pas"... Mais laissant quand même de l'autonomie à la recherche. »
(Entretien avec un chercheur participant au projet COMPAQH)*

Parmi les huit objectifs prioritaires qui sont ainsi définis¹, certains sont surtout portés par la DHOS, en lien avec des politiques nationales. C'est notamment le cas de la « lutte contre les infections nosocomiales », qui n'est pas centrale dans la littérature internationale, mais est placée en haut de l'agenda du ministère suite à la commande de Jean François Mattéi, faisant de l'élaboration du « tableau de bord des infections nosocomiales » le premier véritable « dossier » du projet COMPAQH. C'est aussi le cas de la « lutte contre la douleur », thématique qui n'apparaît alors pas très porteuse aux chercheurs du projet. De manière comparable, le « respect des bonnes pratiques cliniques » est une thématique chère à l'ANAES, particulièrement mise en avant dans la littérature internationale. Selon l'un des chercheurs ayant participé à la négociation, « l'accroissement de la motivation, de la responsabilisation et de l'évaluation des compétences des professionnels au contact du patient » se rapproche plus directement de la commande politique du cabinet de Jean François Mattéi, en quête d'indicateurs relatifs aux ressources humaines.

A partir de ce travail de définition d'objectifs, le projet s'attache ensuite à « sélectionner » puis à « tester » un nombre d'indicateurs de qualité au sein du panel d'établissements, selon une « méthode » qui doit permettre de sélectionner les « meilleurs indicateurs », c'est-à-dire les indicateurs jugés « robustes » et « acceptables » (COMPAQH, 2006a). Le schéma qui suit (figure 1 ci-après) donne une vue d'ensemble de cette méthode, dont la formalisation sera l'un des résultats mis en avant par le projet.

¹ Les huit thèmes choisis sont les suivants : lutter contre la douleur ; assurer la continuité de la prise en charge des patients ; lutter contre les troubles nutritionnels ; lutter contre les infections nosocomiales et les autres risques iatrogènes ; améliorer la satisfaction du patient ; respecter les bonnes pratiques cliniques ; accroître la motivation, la responsabilisation et l'évaluation des compétences des professionnels au contact du patient ; garantir l'accessibilité.

Figure 1. Méthode COMPAQH de validation d'indicateurs (synthèse)¹

Chaque indicateur est d'abord « sélectionné » par les chercheurs, à partir de la littérature et d'une éventuelle consultation des sociétés savantes médicales qui ont déjà développé des référentiels de bonne pratique pouvant être utilisés comme horizon normatif pour l'indicateur. La plupart du temps, il s'agit bien de construire des indicateurs sur le socle de documents déjà dotés d'une légitimité « scientifique » médicale incontournable dans la perspective de bâtir des indicateurs acceptables. S'ensuit un travail de « conception » qui permet d'adapter la mesure à la situation des établissements français de différents types et statuts. Pour chacun de ces indicateurs, les chercheurs du projet établissent une fiche technique et un « cahier des charges », mis à disposition des établissements du panel qui doivent s'évaluer sur cet indicateur. Il s'agit ensuite de « tester » véritablement l'indicateur au sein du panel d'établissements volontaires, au cours de deux campagnes de recueil, qui impliquent une collecte en situation des données nécessaires. Trois critères sont mobilisés pour « qualifier » les indicateurs testés. C'est d'abord la « faisabilité » de leur recueil qui est jugée par les acteurs hospitaliers qui participent au test et leurs représentants. Les fédérations hospitalières accordent une importance toute particulière à la charge de travail demandée par le recueil, qui ne doit pas être trop importante et qui doit être mise en regard de « l'intérêt » de l'indicateur pour les gestionnaires et les médecins². Les représentants des établissements insistent sur la nécessité de pouvoir recueillir les mesures sans se mettre en « porte-à-faux » par rapport aux « professionnels de terrain ». C'est ensuite la « qualité métrologique » de l'indicateur qui est jugée par l'équipe de coordination. L'indicateur doit être suffisamment « discriminant » pour équiper une comparaison qui ait du sens. Il doit permettre une mesure fiable, reproductible, suffisamment représentative en termes statistiques.

Par rapport aux quelques 280 indicateurs du « guide rouge » dont a hérité COMPAQH, 43 indicateurs sont présélectionnés en 2003. Entre 2004 et 2006, les rapports d'étape du projet affichent avant tout dans leurs résultats le nombre d'indicateurs « produits » : 37 indicateurs sont « testés » au cours de cette période. A la fin du projet COMPAQH-1, en avril 2006, le comité de pilotage sélectionne les indicateurs susceptibles d'être généralisés et publiés. Il s'agit de cinq indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales, élaborés par un groupe de travail mixte entre l'INVS et

¹ Source : Seconde Journée REQUA MIP de la Qualité Hospitalière, présentation de C. Gardel et M. Couralet.

² Le rôle des fédérations hospitalières sera abordé avec davantage de précision dans le chapitre 5.

COMPAQH, qui a testé leur « faisabilité » en 2004 (COMPAQH, 2005a), ainsi que six indicateurs permettant d'évaluer la qualité d'après le dossier patient, et un indicateur de satisfaction des patients.

Les IQ sélectionnés : un cadrage technique aux enjeux très politiques

Cette sélection des IQ est aussi une réduction. C'est un premier cadrage très structurant des *techniques* de mesure qui est alors opéré, nourri par les « flux cognitifs » hérités des premiers débats et premières controverses au sujet de la mesure qui ont eu lieu à la fin des années 1990. Ce cadrage des formes techniques, indexé sur des questions méthodologiques, véhicule des enjeux de nature politique qui révèle ce travail d'alignement des cadres qui est opéré au sein du projet.

Premièrement, dans la continuité du « guide rouge » des indicateurs, le projet COMPAQH déploie une stratégie qui consiste à développer des indicateurs *de processus*, notamment pour des raisons liées à la difficulté d'établir des indicateurs de résultat susceptibles d'être recueillis avec facilité par les établissements. L'enjeu réside également, et ces deux points sont intimement liés, dans l'acceptabilité « sociale » des indicateurs par les professionnels. Si les indicateurs de processus ne sont pas les plus directement intéressants pour les professionnels, ils ne sont pas non plus susceptibles de provoquer des oppositions fortes au déploiement de la mesure. Pour enrôler les professionnels dans la mesure, des indicateurs moins problématiques et moins contestables sont jugés plus pertinents.

« Il y a eu une vraie stratégie. Clairement, au début, commencer par des indicateurs de processus était quand même à privilégier par rapport à des indicateurs de résultat. [...] L'indicateur de processus, même s'il était le moins "noble", c'était le seul qu'on pouvait faire... Et ça aurait été un piège de se lancer dans du résultat... » (Entretien avec un chercheur participant au projet COMPAQH)

Ce choix implique d'évincer, au moins dans un premier temps, les indicateurs de résultat, et notamment les indicateurs de mortalité, qui posent des problèmes particuliers¹.

Deuxièmement, le choix est fait de privilégier une réflexion concernant les thématiques prioritaires à évaluer avant de s'interroger sur les techniques de mesure, plutôt que d'utiliser les données facilement accessibles en l'état pour bâtir des indicateurs. Ce choix implique un travail de recueil *ad hoc* des indicateurs, plutôt qu'une utilisation en routine de données produites par ailleurs, dans le PMSI ou la SAE notamment. Ce choix renvoie aux réflexions menées au sein du groupe IMAGES et à travers les travaux de la DREES, qui concluaient largement sur les difficultés d'utiliser les bases de données médico-économiques à des fins de mesure de la qualité. Ce choix n'est pas anodin : il implique le développement d'IQ façonnés à partir des informations *tracées dans le dossier patient*², qui, selon les chercheurs, n'existent pas en tant que tels dans les systèmes étrangers, mais présentent un intérêt particulier : c'est bien dans le dossier que sont tracées les informations « de

¹ Le chapitre 3 détaillera davantage ces savoirs et ces techniques de mesure qui font la robustesse des IQ.

² A l'exception notable des indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales.

première main » mobilisées par les équipes soignantes dans leurs activités quotidiennes. Mesurer la qualité à partir du dossier patient devrait donc permettre tout autant de renforcer la traçabilité des pratiques dans le dossier que de mesurer une qualité plus « fidèle » aux pratiques que celle déductible des données médico-économiques. Ce choix implique également de trouver un équilibre entre le nombre de dossiers analysés, permettant de garantir la qualité métrologique de l'indicateur, et la charge de travail imposée aux établissements.

Troisièmement, le projet COMPAQH met en avant la production d'indicateurs permettant techniquement d'opérer des *comparaisons inter-établissements*, susceptibles de donner lieu à un affichage. Ce point est important, dans la mesure où il implique de mesurer la qualité à l'échelle des « établissements », et non pas des « services » ou des praticiens. Il implique également la production d'indicateurs capables de mettre à jour une variabilité des résultats. Cette logique de « classement », à laquelle adhèrent les chercheurs dès l'origine, est particulièrement sensible.

« De 2003 à 2005, il était de bon ton de parler de "comparaison" et non de "classement" [...]. Certains étaient contre la diffusion publique. Et d'autres disaient "c'est inéluctable, et en plus il y a une théorie derrière qui est : la diffusion publique est une forme d'incitation des professionnels". La construction des indicateurs COMPAQH s'est inscrite dans cette logique de la diffusion publique. Ce n'était pas partagé par tout le monde. D'emblée, ça suppose la standardisation de la collecte des données. » (Entretien avec un chercheur participant au projet COMPAQH)

Ce qui est alors au cœur de la discussion, c'est le principe d'usage envisagé pour les IQ : doivent-ils être des instruments d'évaluation externe mobilisés par les institutions publiques, ou des outils d'auto-évaluation utilisés par les professionnels à l'intérieur des établissements ? L'affichage public risque de faire basculer les IQ vers ce registre d'évaluation externe. Cette orientation ne fait pas l'unanimité, et s'oppose à une logique de comparaison plus locale, entre pairs, dans une dynamique d'apprentissage et d'échanges au sujet des pratiques, qui correspond davantage aux « flux cognitifs » portés par le groupe de travail autour Pierre Lombraïl sous l'égide de la DREES au tournant des années 2000. Cet usage des indicateurs pour « informer » les patients et les « usagers du système de santé », s'il est annoncé depuis le départ par le projet COMPAQH, est d'abord publiquement discuté avec beaucoup de prudence, en déminant les aspects les plus conflictuels, en prenant soin de souligner que ces deux types d'usages ne sont pas exclusifs l'un de l'autre (Ginésy et al., 2004) et que la comparaison publique doit être préparée par un minutieux travail d'expérimentation (COMPAQH 2005, p. 11). Dans la pratique, il joue un rôle majeur pour acculturer les établissements du panel à cette logique de comparaison, à travers une « expérimentation » précoce au sein du panel d'établissements de COMPAQH dès l'année 2005, qui permet d'abord une comparaison anonyme par rapport à l'ensemble du panel, puis une levée de l'anonymat par la suite.

Le projet COMPAQH-1 instille ainsi discrètement le principe d'une mesure comparative à des fins d'affichage public, en évitant tout conflit. Le projet ne mène alors aucune réflexion explicite et approfondie sur les usages concrets de ces IQ comparatifs, qui restent très implicites et généraux : il

s'agit d'« *aider les pouvoirs publics à réduire les inégalités de chances auxquelles sont confrontés les patients hospitalisés tout en optimisant le niveau de performance général en matière de qualité des soins* » (COMPAQH, 2006b, p. 6). Les modalités d'usage disparaissent en pratique derrière les visées pragmatiques en matière de production d'IQ, et sont renvoyés à une étape ultérieure du projet : « *Différentes logiques cohabitent (aide au pilotage de la qualité au sein des établissements, développements d'incitations à l'amélioration de la qualité par la diffusion publique des résultats ou économique, notamment). Au-delà de la validation des outils de mesure, mieux comprendre ces logiques fait partie des objectifs prioritaires de la seconde phase du projet COMPAQH.* » (COMPAQH 2006b, p.6). L'urgence est alors bien de « *démontrer la faisabilité du recueil des données nécessaires à la confection de ces indicateurs* » (Naiditch, 2006, p. 92-93) pouvant prétendre, *a priori*, servir à tous. La clarification des usages peut attendre.

2) Le positionnement initial ambivalent du ministère

Les premiers investissements du ministère de la Santé dans des instruments de mesure de la qualité sont marqués par une certaine ambivalence : alors que la DHOS s'attache à répondre dans un délai court à la demande du ministre pour un « palmarès d'Etat », en finançant le projet COMPAQH et en s'investissant très directement aux côtés de l'institut national de veille sanitaire (INVS) dans la « production » d'un tableau de bord des infections nosocomiales, la DREES reste en retrait, et soutient pour l'essentiel des projets de recherche alternatifs, cherchant à établir des connaissances sur les indicateurs et leurs usages plutôt qu'à « produire » des IQ dans une logique pragmatique.

La DHOS orchestre la « mise en œuvre » de la commande du ministre

La DHOS est la direction du ministère qui s'engage le plus rapidement et le plus nettement dans le développement d'« indicateurs » pour répondre à la commande ministérielle. La concrétisation de ces indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales et leur affichage public correspondent à une forme d'aboutissement de ce que D. Carricaburu et D. Lhuillier (2009) caractérisent comme un processus de « politisation d'un risque médical », résultat de la mobilisation du Lien et de l'élaboration d'une forme de compromis institutionnel. Entre 2003 et 2005, la DHOS participe très activement au développement du tableau de bord des infections nosocomiales, à travers sa participation à la « cellule infections nosocomiales » du ministère¹.

La commande du ministère met en avant la recherche d'une comparaison des établissements, qui passe par une sélection « d'indicateurs » pertinents. Un groupe de travail d'une trentaine d'experts de l'hygiène hospitalière est constitué dès mai 2003. Ce groupe est coordonné par Jean-Christophe

¹ Mise en place au milieu des années 1990, cette petite cellule est chargée de piloter pour le compte de la DGS et de la DHOS l'expertise nationale sur la thématique des infections nosocomiales.

Lucet, praticien hospitalier et hygiéniste l'Hôpital Bichat (AP-HP), et composé de professionnels spécialisés en hygiène hospitalière, en maladies infectieuses, en microbiologie ou, plus rarement, en anesthésie-réanimation ou en orthopédie. Issus de tous types d'établissements avec une dominance d'hospitolo-universitaires, la plupart de ces experts prennent part à la politique de surveillance des infections nosocomiales qui s'est mise en place progressivement au cours des années 1990, affiliés à l'INVS ou aux différents centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) régionaux (INVS, 2004, p. 3). Ce groupe de travail se rapproche rapidement du projet COMPAQH, constitué à l'automne 2003, qui l'accompagne méthodologiquement. Très vite, le groupe d'experts sélectionne une poignée d'indicateurs, qui sont inscrits dans le « canevas méthodologique » de COMPAQH (2005, p.6), puis soumis à validation par les fédérations hospitalières et les représentants des usagers. Le test de « faisabilité » du recueil de ces indicateurs dans les établissements de santé se révèle positif, ouvrant la voie à leur généralisation nationale dans un délai court (COMPAQH 2005, p.22). Dans les premiers mois de l'année 2004, le ministre fait l'annonce officielle de la publication d'un tableau de bord de cinq indicateurs¹, permettant enfin de répondre aux demandes pressantes du LIEN. Loin d'être une simple concrétisation du « palmarès d'Etat » commandé en 2003 par Jean François Mattéi, la forme qu'il prend révèle plutôt une forme de « compromis » (Michel Naiditch, 2006) entre les demandes des représentants des usagers, du cabinet ministériel, et des experts de l'hygiène hospitalière.

La volonté du cabinet ministériel est d'aller vite. Mis en difficulté par l'épisode de la canicule à l'été 2003, Jean François Mattéi entend reprendre la main sur la question de la gestion des risques. Les différents acteurs qui ont participé à ce travail mettent surtout en avant les pressions du cabinet pour faire avancer ce dossier sensible à grande vitesse. La DHOS et l'INVS sont alors dans une position inconfortable, qui consiste à concrétiser la demande du ministre dans les plus brefs délais, tout en dépendant de l'expertise des professionnels en hygiène hospitalière.

« J'allais de temps en temps au cabinet, on allait se faire engueuler parce qu'on n'allait pas assez vite [rires]... Mais l'INVS freinait encore plus que la DHOS. On avait besoin d'experts pour développer ça. Nous, on coordonnait les groupes, on essayait d'impulser des choses, mais on n'était pas des experts... » (Acteur en charge des indicateurs à la DHOS puis à la DREES, entretien I-26)

Si le cabinet obtient effectivement son tableau de bord rapidement, c'est au prix d'un changement de philosophie par rapport à un palmarès d'Etat des *résultats* du soin : il n'apparaît pas envisageable de déployer de tels indicateurs dans un délai court. Il apparaît plus raisonnable de s'appuyer sur les

¹ A partir de 162 indicateurs étudiés dans la littérature internationale, le groupe de travail, étroitement encadré par la DHOS et le cabinet ministériel, sélectionnent cinq indicateurs : volume annuel de produits hydro-alcooliques par journée-patients (SHA), taux de SARM pour 1000 journées-patient (SARM), taux d'infections du site opératoire (ISO), volume d'antibiotiques consommés pour 1000 journées-patients (VAC), Indice Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ICALIN) (COMPAQH, 2005a). Nous serons amenés à les décrire plus en détails dans le chapitre 3. Ces IQ sont également présentés dans l'annexe 6.

données déjà existantes, recueillies en routine dans le cadre des bilans standardisés du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), et ne nécessitant aucune collecte *ad hoc*.

De leur côté, les experts de l'hygiène portent surtout l'idée que le tableau de bord doit servir à *améliorer* les pratiques d'hygiène à l'intérieur des établissements de santé. A leur sens, l'affichage public d'informations sur les résultats du soin ne peut suffire à porter une telle amélioration. Les indicateurs de processus leur paraissent mieux à même d'inciter les établissements à s'organiser par rapport à la lutte contre les infections nosocomiales. Les indicateurs adoptés sont ainsi pour l'essentiel des indicateurs évaluant les ressources et l'organisation des établissements en matière d'hygiène hospitalière, ainsi que le suivi et la « maîtrise » des infections.

« On a été critiqué parce que tout le monde attendait un indicateur de résultat ! "Il y a X% d'infections nosocomiales dans l'hôpital A, et Y% dans l'hôpital B". Et après ??? Qu'est-ce qu'on fait ? On a privilégié de dire : "dans tel établissement il n'y a pas d'organisation structurée, pas de comité de lutte contre les infections, ils ne font pas de surveillance du site opératoire, ils n'utilisent pas les solutés hydroalcooliques, ils ne font pas de formation en hygiène... ". [...] Là on peut leur donner une piste, quand ils sont mauvais. ». (Responsable du suivi des projets de recherche pour le ministère de la Santé, entretien I-22)

Ce choix pour des indicateurs moins facilement « lisibles » et « parlants » pour les usagers déçoit quelque peu le cabinet et les militants du LIEN. Il est toutefois accepté, dans le but de parvenir rapidement à la généralisation d'un tableau de bord national. Un compromis est trouvé dans la mesure où le cabinet formule le souhait que les indicateurs de surveillance des infections de site opératoire (ISO) et des *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline (SARM) aillent jusqu'à l'affichage de résultats, ce qui sera finalement mis en œuvre quelques années plus tard (Parneix et al. 2007, p. 102).

Ce compromis est aussi visible dans la forme du « classement » finalement adopté. Ces IQ permettent un classement euphémisé, non pas sous la forme d'une liste nominative d'établissements semblable à celle des palmarès, telle que l'envisageait initialement le ministre, mais en cinq « classes » de qualité allant de A (les « meilleurs ») à E (les « pires »), appliquées aux résultats des établissements réunis dans neuf catégories en fonction de leur statut, de leur taille, de leurs activités. Afin de satisfaire malgré tout les usagers et de produire un tableau de bord qui s'apparente à un « palmarès d'Etat », un indice « composite » de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN), est exigé par le ministère en quête d'une mesure plus « lisible » pour les usagers (Naiditch, 2006).

Le processus d'élaboration de mesures, s'il est étroitement encadré par le ministère, ne correspond pas strictement au « palmarès d'Etat » qui a fait l'objet de la commande initiale du ministre. Les « usages » de cet affichage public et de cette comparaison sont finalement équivoques, puisqu'ils mettent en avant la transparence vis-à-vis des usagers, mais également l'amélioration de pratiques d'hygiène par la comparaison dans le temps : affichés publiquement à un rythme annuel, ces indicateurs doivent permettre tout autant de « restaurer la confiance des usagers en leur montrant l'engagement des établissements et des professionnels », que de « maintenir la mobilisation de ces derniers » (Parneix et al. 2007, p. 104). Il s'agit des premiers instruments de mesure de la qualité à

être généralisés de manière obligatoire pour les établissements, au cours de l'année 2005¹. En février 2006, Xavier Bertrand² annonce le premier affichage public des résultats des indicateurs de ce tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales. A la même période, la DREES se positionne d'une tout autre manière sur le sujet.

La DREES s'investit dans des mesures alternatives de la qualité

La DREES est la direction « scientifique » du ministère de la Santé. Elle a pour mission prioritaire de doter ses ministères de tutelle de capacités renforcées d'observation, d'expertise, et d'évaluation. Sa vocation est de produire de l'expertise, et d'informer les citoyens et les décideurs publics. Affichant davantage de distance par rapport aux commandes politiques, à laquelle elle répond avec des arguments « scientifiques », la DREES reste entre 2003 et la fin de l'année 2005 en retrait par rapport à une démarche à visée « opérationnelle » dont elle ne partage pas entièrement la philosophie. La DREES ne finance pas le projet COMPAQH-1 à cette époque.

« Nous, on n'était quand même pas en première ligne. On était plus là en tant qu'accompagnateurs et pour apporter une expertise "technique". C'est plus la [DHOS] et la HAS, qui ont un intérêt opérationnel direct. A partir du moment où on passe sur un versant plutôt opérationnel, je dirais que c'était plus tout à fait notre mission. » (Chargée de mission responsable des indicateurs à la DREES, entretien I-25)

Pour saisir tout le sens de ce retrait, il faut d'abord comprendre que l'investissement de la DREES sur le sujet de la mesure de la qualité repose à l'époque essentiellement sur une personne, qui a suivi le dossier depuis la fin des années 1990 à la DHOS avant de rejoindre la DREES en 2004. Médecin de santé publique de formation, cette personne a construit son parcours professionnel dans l'administration de la santé. Elle porte avec elle une approche de santé publique relativement minoritaire au sein de cette direction du ministère alors beaucoup plus tournée vers la « statistique » que vers le développement d'indicateurs de performance du système de santé.

« J'ai un peu servi de fil conducteur. J'étais la seule de mon espèce à défendre ça et à lutter. La DREES c'est un endroit où finalement la présence médicale de santé publique est très faible. [...] La DREES, c'est le bras armé de l'INSEE dans la Santé... Donc les gens qui arrivent ont des compétences statistiques excellentes. [...] Mais par contre quand ils arrivent ils ne connaissent pas la santé ! [...] Donc les indicateurs, j'ai ramé pour expliquer ça ! » (Acteur en charge des indicateurs à la DHOS puis à la DREES, entretien I-26)

Cette approche de santé publique est aussi alimentée par le flux cognitif sédimenté dans les premiers travaux réalisés sous l'égide de la DREES à la fin des années 1990³ (Lombrail et al., 2001; Lombrail et al., 1999), qui cadrent différemment la question de la mesure. Plusieurs points de tension

¹ Au cours de l'année 2005, le référentiel des indicateurs est transmis aux établissements en vue d'une publication en février 2006, à partir des informations concernant l'année 2004.

² La demande initiale de Jean François Mattéi a été reprise à son compte par Philippe Douste-Blazy (entre avril 2004 et mai 2005) puis Xavier Bertrand (de juin 2005 à mars 2007).

³ Voir chapitre 1.

se font jour entre cette approche et celle du projet COMPAQH. L’enjeu des usages de la « comparaison » apparaît comme un premier point de divergence, puisque la DREES affiche à cette époque une très grande méfiance par rapport à l’idée d’un « palmarès d’Etat », préférant mettre en avant un « affichage public d’informations » plutôt qu’un « classement d’établissements » tel qu’il est déjà annoncé à demi-mot par le projet COMPAQH. Cette conviction s’inscrit très clairement dans la continuité des conclusions des travaux réalisés sous l’égide de la DREES. Par ailleurs, et c’est le second point de divergence, la DREES est alors plutôt favorable à l’utilisation d’informations déjà disponibles, non seulement pour « économiser » les établissements, mais aussi pour mettre en valeur les bases de données qu’elle collecte, et notamment la statistique annuelle des établissements (SAE), alors que COMPAQH se dirige dès 2003 vers un recueil *ad hoc* d’informations qui est aussi un désaveu tacite et une menace de concurrence pour la base de données de la DREES.

Ces points de tension se conjuguent aux relations interpersonnelles tissées au cours des années précédentes entre ce médecin de santé publique au sein de la DREES et d’autres chercheurs, comme Pierre Lombrail, par ailleurs soutenu fortement par la hiérarchie de la direction. Ces différents facteurs conduisent la DREES à soutenir à cette époque des projets alternatifs, à visée moins directement « opérationnelle » que le projet COMPAQH, comme le projet INPECH¹, ou le projet PATH², mettent davantage au cœur de leurs logiques l’expérimentation de mesures de la performance à des fins d’apprentissage professionnel que les théories de l’incitation qui sont portées par le projet COMPAQH.

« On ne produit pas la qualité sans ceux qui la fabriquent ! C’est vrai que c’est mieux d’avoir un thermomètre pour prendre la température plutôt que de faire avec le dos de la main. Mais je suis convaincu que ce qu’il faut préserver, ce sont des espaces d’apprentissage professionnel. » (Pierre Lombrail, entretien I-45)

La DREES finance également au cours de cette période une enquête nationale sur les événements indésirables graves (ENEIS), confiée à l’organisme de recherche aquitain sur la qualité, le CCECQA qui participe par ailleurs au projet COMPAQH. Cette enquête ne s’apparente pas directement à des indicateurs de qualité mais fait fortement écho aux discussions au sujet de la mesure et du contrôle des infections nosocomiales. Si la DREES ne prend pas position « contre » le projet COMPAQH, elle est loin d’être entièrement acquise à la cause des indicateurs qu’il est en train de développer. Sa stratégie consiste alors clairement à maintenir une « diversité » des programmes de recherche consacrés aux IQ.

¹ Le projet INPECH (Indicateurs de performance expérimentaux pour la comparaison hospitalière) est mené par Pierre Czernichow, Professeur des Universités en santé publique au CHU de Rouen, entre 2002 et 2004. Il s’agit alors d’expérimenter une comparaison à but d’apprentissage professionnel dans trois établissements. Le projet mobilise explicitement le cadre de réflexion amorcé à la DREES au tournant des années 2000, dont il a été question dans le chapitre 1.

² Il s’agit d’un programme européen de comparaison de performances entre 8 pays, initié par le bureau de l’OMS-Europe. Amorcé en France en avril 2004, il est construit sur un modèle conceptuel de mesure de la performance hospitalière étayé par une vingtaine d’indicateurs. Au cours de la phase expérimentale, il s’agit de tester la faisabilité du recueil d’indicateurs au sein de 13 établissements volontaires (Moret et al., 2005, p. 220).

3) La HAS travaille la mesure en sourdine

En 2004, les équipes de l'ANAES sont intégrées dans une nouvelle Haute Autorité de santé (HAS), aux contours institutionnels plus larges, mais qui reprend l'essentiel des missions de l'ANAES en ce qui concerne l'amélioration des pratiques professionnelles et l'accréditation des établissements de santé. L'agence se transforme alors en autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale, qui demeure largement financée par le ministère, mais n'est plus juridiquement « sous tutelle ». La nouvelle instance hésite d'abord quant à la place à accorder à la mesure de la qualité par rapport à ses missions vis-à-vis des établissements de santé. Sous l'impulsion d'une petite équipe en provenance de l'UHP, menée par Alain Coulomb, elle s'investit d'abord discrètement, en soutenant le projet COMPAQH chargé de produire des IQ robustes. Entre début 2004 et la fin de l'année 2005, la Haute Autorité est travaillée en sourdine et de l'intérieur par ce trio d'acteurs-clé, qui argumentent pas à pas l'intérêt de la mesure au sein des services, de la Commission en charge de la certification des établissements¹, et auprès de son organe décisionnel, le Collège².

Les réticences initiales vis-à-vis d'une mesure à des fins de comparaison publique

La HAS est d'abord méfiante vis-à-vis du développement de mesures de la qualité à des fins de comparaison et de transparence, qui est perçue comme porteuse de modifications de sa philosophie et de son positionnement institutionnel. Deux modalités de cette méfiance vis-à-vis des indicateurs peuvent être décrites succinctement. Celles-ci sont liées à une approche *d'autorégulation professionnelle*, profondément ancrées dans les routines de l'institution.

Premièrement, les équipes en charge de l'élaboration de recommandations pour la pratique ou de l'évaluation des pratiques professionnelles sont historiquement plus proches des sociétés savantes médicales et d'une philosophie « médico-scientifique » de ce que doit être le rôle de la HAS. Dans cette conception, qui est la plus ancienne, les acteurs de la Haute Autorité accordent une grande importance au caractère scientifique des productions de leur institution, qui constitue une condition *sine qua non* de sa légitimité auprès des professionnels. L'exemple des palmarès hospitaliers suscite une grande méfiance quant à la possibilité de construire des IQ robustes et légitimes.

« Les gens de l'EPP disaient "on ne sait pas mesurer la qualité"... "Surtout pour comparer"... C'était perçu comme quelque chose de diabolique. C'était aussi une vision assez générale du collège de la HAS... » (Entretien avec un acteur-clé de la HAS à cette période)

¹ Le processus de certification se déroule de la manière suivante : les établissements doivent procéder, tous les quatre ans, à une auto-évaluation à partir d'un référentiel conçu par la Haute Autorité de santé. Cette auto-évaluation donne lieu à la visite, pendant quelques jours, d'une petite équipe pluri-professionnelle d'experts-visiteurs, qui évaluent l'auto-évaluation et produisent un « rapport de certification » public.

² Le Collège est composé de huit membres nommés par décret du président de la République, élus pour six ans. Chaque membre du Collège est en charge d'une « Commission » thématique, chargée du suivi du travail des différents services de la HAS. Les services sont sous la direction du Directeur de la HAS, qui est nommé par le président du Collège.

Deuxièmement, la branche « accréditation » de la Haute Autorité travaille à la mise à jour du référentiel d'évaluation qui est utilisé depuis 2002, afin de préparer la seconde occurrence de cette évaluation (« V2 »), renommée pour l'occasion « certification » des établissements de santé¹. La première version du manuel de certification met l'accent sur une analyse qualitative, opérée par les « experts-visiteurs² » qui sont aussi des professionnels de l'hôpital, centrée sur les procédures mises en place par l'établissement pour organiser ses activités. Cette approche qualitative des systèmes de gestion de la qualité, fortement inspirée de la démarche mise en place au Canada, contraste avec l'idée d'une évaluation quantitative, sous la forme d'indicateurs nationaux comparatifs. Les équipes qui travaillent sur l'accréditation considèrent alors que le déploiement de mesures d'Etat ne permettrait pas forcément de comprendre ce qui fonctionne mal dans les processus de gestion de la qualité, au contraire de la démarche plus qualitative adoptée par l'accréditation. Il risquerait également de stigmatiser les hôpitaux à partir de mesures précises, incapables d'évaluer l'ensemble de la démarche qualité et de la progression réalisée par les établissements. Il risquerait enfin de décourager le développement d'outils « locaux » d'évaluation, peut-être moins robustes, mais suscitant plus d'intérêt pour les professionnels.

Cela ne signifie évidemment pas que la HAS, fer de lance français de l'*evidence based medicine*, se refuse à utiliser toute forme de mesure quantitative de la qualité. Mais les indicateurs qu'elle utilise jusqu'ici sont considérés comme l'un des outils au service des acteurs de l'évaluation, dans une démarche d'amélioration continue, plus que comme des « instruments » externes de contrôle. La philosophie de l'équipe en charge de l'évaluation des pratiques professionnelles et de l'élaboration de guides pour la pratique clinique est alors familière d'un usage différent de la mesure, qui met en avant l'autonomie professionnelle dans l'utilisation de dispositifs jugés utiles par les acteurs de terrain.

« Historiquement, la première mission de la HAS, c'est l'amélioration de la qualité et des outils de la qualité. Avec une certaine souplesse, pour que les professionnels aient une activité d'auto-évaluation, synonyme de recul sur leur pratique... Vus comme ça, les indicateurs sont UN de ces outils, qui ont existé avant les indicateurs généralisés. [...] On a deux notions d'indicateurs. Le petit set d'indicateurs généralisés, qui permettent de faire de la comparaison, versus un nombre plus grand d'indicateurs que les professionnels peuvent juger utiles... Le périmètre et les modes de validation ne sont pas forcément les mêmes... » (Economiste, service qualité de l'information médicale de la HAS, entretien I-35)

Ces deux formes de réticence renvoient, de fait, assez directement à la position institutionnelle particulière de l'ANAES, telle qu'elle est décrite par M. Robelet (2002), c'est-à-dire comme un « compromis institutionnel » entre professionnels, établissements, et régulateurs publics (Etat et

¹ Il s'agit essentiellement d'éviter toute confusion avec l' « accréditation » des professionnels de santé, sur laquelle la HAS commence à travailler à cette époque.

² Le processus de certification se déroule de la manière suivante : les établissements doivent procéder, tous les quatre ans, à une auto-évaluation à partir d'un référentiel conçu par la Haute Autorité de santé. Cette auto-évaluation donne lieu à la visite, pendant quelques jours, d'une petite équipe pluri-professionnelle d'experts-visiteurs, qui évaluent l'auto-évaluation et produisent un « rapport de certification » public.

Assurance maladie). Le développement de mesures de la qualité comparatives à des fins d'affichage public est porteur du basculement potentiel de la HAS du côté d'une régulation plus « étatique », potentiellement moins « scientifique » si l'on s'en tient aux méthodologies mobilisées dans les palmarès, et moins directement « professionnelle ». Lorsque le ministre de la santé rend public son tableau de bord concernant les infections nosocomiales, en 2004, la confrontation à cet enjeu devient sensible. La HAS peut d'autant moins facilement rester silencieuse que l'une de ses missions consiste à informer le public et les professionnels de santé.

Un trio d'entrepreneurs de la mesure à l'intérieur de la HAS

C'est dans ce contexte que la question de la mesure à des fins de comparaison et d'affichage public se pose à partir de 2004. La Haute Autorité commence alors à être « travaillée » de l'intérieur par trois « entrepreneurs » qui vont tâcher de faire une place à cette nouvelle forme de mesure.

Le premier de ces acteurs n'est autre qu'Alain Coulomb, qui a été à l'origine du premier projet sur les indicateurs qualité sous l'égide de l'hospitalisation privée. Alors directeur général de l'ANAES, il a décidé de financer le projet COMPAQH au nom de son agence, dans l'espoir d'intégrer, à terme, des indicateurs dans la démarche de certification, afin de la simplifier, de la rendre plus lisible, mais aussi plus discriminante en termes de qualité des prises en charge. Le soutien financier du projet COMPAQH et la participation régulière au comité de pilotage sont, pour Alain Coulomb, un moyen prudent « d'externaliser » le développement des indicateurs à des fins comparatives en dehors de l'agence, tout en mettant en avant le caractère scientifique de la démarche, et une « cohérence » vis-à-vis des missions de l'ANAES (COMPAQH, 2005). En 2004, à la création de la HAS, Alain coulomb recrute deux autres acteurs-clé, qu'il connaît bien et avec lesquels il a déjà collaboré, pour porter sa conception de la mesure au cœur de la nouvelle Haute Autorité. Il s'agit de Philippe Burnel, nommé à la direction de l'accréditation, et de Frédéric Bousquet, qui lui est rattaché en tant que conseiller technique. Ces acteurs sont tous deux économistes de formation. Sensibilisés aux théories de l'incitation, ils en identifient une application potentielle autour de la qualité hospitalière et de ses mesures. Leur parcours intellectuel les rapproche bien davantage des savoirs de gestion et d'économie de la santé portés par le « flux cognitif » qui irrigue le projet COMPAQH que des savoirs de santé publique et d'évaluation médicale portés par la DREES et les chercheurs qu'elle soutient. Leur philosophie de la « mesure » s'est largement forgée aux côtés de celle d'Alain Coulomb, au sein l'hospitalisation privée et non sans lien avec le « guide rouge des indicateurs ». Ces deux acteurs vont jouer un rôle discret mais néanmoins crucial à l'intérieur de la HAS.

C'est Alain Coulomb qui convainc Philippe Burnel de rejoindre la HAS en 2004. Ce dernier, qui se présente volontiers comme un « homme de chiffres financiers », n'est alors pas du tout familier avec la thématique de la qualité. Ce choix d'un acteur extérieur au « système de la qualité » n'est pas un hasard, puisqu'Alain Coulomb souhaite alors « mettre de l'objectivité » dans la certification des

établissements, la réorienter vers des « résultats » en termes de qualité susceptibles d'être rendus publics. Le trio décrit le rôle de Philippe Burnel au cours de ces deux années comme un travail « d'alignement stratégique », de création de cohérence entre le discours d'Alain Coulomb et les services de la HAS. A l'époque très critique concernant la certification, l'économiste est porteur d'une philosophie hétérodoxe par rapport à l'approche historique de la Haute Autorité. Selon lui, la certification des établissements ne doit pas se limiter à l'évaluation d'une progression, mais être davantage reproductible, factuelle, objective, afin de donner de réelles garanties aux usagers et aux pouvoirs publics. Il milite activement pour développer des *mesures* dans la certification. Il propose notamment d'utiliser les rapports de certification pour produire des indicateurs de qualité qui permettraient de discriminer les établissements publiquement sur les prises en charge.

Frédéric Bousquet, quant à lui, est d'abord recruté en 2004 pour réaliser une étude bibliographique sur l'usage des indicateurs de qualité à des fins de régulation dans les systèmes de santé d'autres pays comparables à la France, dans le but d'initier une réflexion sur la place que pourraient prendre les indicateurs dans la certification. A travers ce travail cognitif, il s'agit bien de mettre en forme des informations disparates, encore exploratoires, majoritairement en provenance des systèmes étrangers, mais dont la composition serait susceptible de convaincre les acteurs de la HAS de l'intérêt d'une intégration de la mesure comparative dans son outil historique.

*«Je me rappelle que ce travail de bibliographie, cela relevait plutôt d'expérimentations... Des dispositifs existaient aux Etats Unis, mais c'était à petite échelle... C'étaient surtout des papiers descriptifs, sur le lancement et le fonctionnement du système. On n'avait pas de "résultats" à l'époque. A l'exception du Quality Outcomes Framework¹ en Angleterre... J'avais trouvé ça très intéressant, les différents systèmes de classement des hôpitaux.»
(Frédéric Bousquet, entretien I-34)*

Ce document de travail a vocation à être utilisé en interne pour travailler les usages possibles des indicateurs en matière d'incitation à l'amélioration, voire de paiement à la performance. La revue de littérature n'est pas publiée. D'après son auteur, elle accorde une certaine place aux « limites » de la mesure, et à la complexité du sujet. Ses conclusions soulignent à la fois l'absence de preuve d'efficacité de l'utilisation des indicateurs dans les systèmes étrangers, et le développement inexorable de telles mesures dans les systèmes comparables à celui de la France. Cette « complexité » du sujet conduit le directeur de la HAS à « temporiser », à ne pas prendre de position claire sur l'usage possible d'indicateurs pourtant à l'origine de cette revue de littérature. Ce dernier estime qu'il est trop risqué de se lancer franchement dans l'aventure des IQ dans ces conditions.

En 2005, les trois acteurs-clé partagent la conviction que la mesure serait utile à la certification, à condition de veiller à la robustesse métrologique des indicateurs. En l'absence de « preuve » clairement établie, et en attendant que le projet COMPAQH produise des premières mesures robustes

¹ Le « *Quality and Outcomes Framework* » est un système de management de la performance et de paiement des *general practitioners* anglais introduit en 2004 dans le NHS.

et légitimes, ce trio commence, discrètement, à travailler leur institution « de l'intérieur », pour faire une place à cette « mesure » qui suscite tant de réticences.

Un travail de cadrage en sourdine opéré de l'intérieur de la HAS

Les activités de ce trio illustrent parfaitement ce mode d'action *prudent* si caractéristique par lequel les indicateurs se font une place au sein des institutions à cette époque. Pas à pas, ces acteurs s'attachent à vaincre les réticences, ce qui implique de convaincre l'ensemble des acteurs de la HAS de l'utilité de la mesure. Ils s'appuient pour cela sur des flux d'informations, de connaissances, de principes, mis en forme dans la revue de littérature, mis en circulation lors des réunions et lors d'échanges informels, pour faire une place à la mesure.

Dans une stratégie qui s'apparente à ce qui a été décrit par les sociologues des mouvements sociaux comme une « amplification du cadre » (Snow et al., 1986) pour mobiliser des acteurs réticents, ce trio d'acteurs-clé défend l'idée que le développement d'IQ est en mesure d'améliorer, voire de « sauver » une procédure de certification qui suscite à l'époque de nombreuses réactions critiques : les acteurs hospitaliers et leurs représentants soulignent le caractère « chronophage » de la démarche ; les acteurs administratifs se trouvent démunis pour traiter les copieux et complexes rapports de certification des établissements ; les représentants des patients regrettent que les résultats de la démarche ne permettent pas véritablement de discriminer les établissements quant à la qualité.

« A l'époque, l'accréditation avait déçu. C'était très "procédures, trace écrite". [...] Je me rappelle, je plaignais mes collègues de la HAS qui se cognaient les plaintes toute la journée... » (Entretien avec un économiste de la santé à la HAS)

L'argumentation du trio repose alors sur trois points, qui sont bien explicités par les acteurs du service « Certification des Etablissements de Santé », rencontrés en 2009. Il s'agit d'abord de mettre « de l'objectivité » dans une procédure qui est jusqu'ici très « qualitative », en nourrissant la certification de données reproductibles, et d'une quantification fiable et représentative de la qualité. Cet argument est susceptible de porter au sein d'une institution mettant en avant la rigueur scientifique.

« On avait l'impression que les indicateurs permettaient d'objectiver ce qui n'était que de la visite aléatoire et subjective. Par exemple, quand un critère dit "les prescriptions sont écrites datées, signées"... Bon ! Je regarde si l'établissement a fait des audits pour l'instant, je me ballade un peu et de façon aléatoire sur les sélections de dossier je regarde si je retrouve mes prescriptions, mais globalement je n'arrive pas à objectiver. » (Acteur du service Certification des Etablissements de Santé de la HAS, entretien collectif I-39)

Il s'agit ensuite de donner de la lisibilité pour le grand public à une certification qui est régulièrement critiquée pour n'être pas utilisable par les usagers, en dépit de la mission d'information du public de la HAS. Les indicateurs pourraient aussi permettre de pérenniser la démarche, et de compléter l'évaluation quadri-annuelle par des évaluations plus ponctuelles, sur un rythme annuel, afin d'éviter, selon l'expression consacrée, que le « soufflé ne retombe » entre deux visites de certification. Enfin, il

s'agit de développer une « culture de la mesure » au service de la qualité, permettant d'évaluer de manière plus robuste les résultats des efforts faits par les établissements.

« L'idée, c'était de dire qu'il n'y a pas de qualité sans mesure. A un moment il faut être en capacité de mesurer, la mesure chiffrée étant une des mesures. [...] C'était une façon de mesurer potentiellement l'amélioration. De n'être pas seulement dans la perception. » (Acteur du service Certification des Etablissements de Santé de la HAS, entretien collectif I-39)

Philippe Burnel, en tant que directeur de la certification, porte notamment ces idées au sein de la Commission de certification des établissements de santé, qui termine à l'époque la mise en œuvre de la seconde version (V2) et qui commence à travailler sur la prochaine (et troisième) version, qui sera connue sous le nom de « V2010 ». Il rencontre l'assentiment du président de cette commission, sensible aux limites de la procédure, qui relaye à son tour ce discours auprès du Collège.

« Cette espèce de grande revue de détails qu'on faisait tous les quatre ans... [...] Je trouvais ça dommage que le soufflé retombe, je voyais bien qu'il y avait une démarche qui pouvait améliorer le fonctionnement dans les hôpitaux [...]. Et Philippe [Burnel] me disait : "on est foutu si on ne s'intéresse pas à un moment donné aux indicateurs, et si on n'intègre pas les indicateurs à la certification accréditation". Ca nous a paru politiquement majeur, à tous les deux, avec deux chemins différents qui se sont rencontrés. » (Membre du Collège de la HAS responsable de la certification, entretien I-36)

A ce stade, le positionnement de la HAS demeure incertain. L'institution commence à être travaillée de l'intérieur, à trois niveaux hiérarchiques différents, par des acteurs qui portent l'idée d'un usage d'indicateurs dans la certification. Si ce travail se fait « en sourdine », c'est parce qu'il cherche à éviter les perturbations éventuelles que ne manqueraient pas de provoquer d'éventuelles « fausses notes » autour d'une forme de mesure qui est perçue comme un changement important de paradigme dans une institution plutôt réticente à se saisir d'une forme de mesure à la robustesse encore incertaine, et qui risquerait d'échapper à un contrôle professionnel profondément ancré dans l'institution.

« Il y avait des priorités institutionnelles, nous on avait les objectifs prioritaires, mais tout n'était pas très bien formalisé. C'étaient le ministère et l'ANAES qui donnaient un peu le "la", mais dans une écoute. »

Entretien avec un chercheur participant au projet COMPAQH

Au cours de cette première étape, seule la DHOS du ministère, placée sous la pression directe du cabinet, s'investit directement dans la mesure, aboutissant à un « tableau de bord » en forme de compromis. La DREES et la HAS sont d'abord méfiantes par rapport à cette démarche susceptible d'équiper une comparaison des établissements et de donner lieu à des formes d'affichage public, dont le développement apparaît risqué et incertain. Si les préférences des acteurs et leurs objectifs sont alors incertains et peu formalisés, le processus ne prend pourtant pas la forme aléatoire et chaotique d'une « poubelle » de flux aboutissant à une « anarchie organisée » (Cohen et al., 1972). Les flux de problèmes, de solutions, d'idées et de participants sont en fait agencés par un travail actif, et réflexif :

celui de la poignée d'entrepreneurs de la mesure qui, chacun à leur manière, parient sur l'inexorabilité des IQ, la mettent en scène, et tâchent d'influencer le processus en fonction de leurs enjeux.

L'urgence, pour ces différents acteurs qui portent la mesure à l'intérieur du monde feutré des institutions, est alors moins de théoriser la question des *usages* des indicateurs, qui restent flous au-delà des grands principes, que de faire la preuve de la possibilité de construire des *mesures* pragmatiques, robustes et légitimes, susceptibles d'être utilisées de manière comparative. Les différents entrepreneurs de la mesure ne partagent pas tous la même philosophie. Si l'approche de gestion et d'économie de la santé qui est d'emblée placée au cœur du projet COMPAQH prend légèrement le pas sur l'approche de santé publique très sensible aux usages professionnels de la comparaison, davantage soutenue par la DREES, c'est bien parce que le projet COMPAQH parvient à produire des indicateurs concrets.

Le passage par une expertise scientifique extérieure aux institutions mais soutenue par les institutions a constitué un moyen de faire progresser « à bas bruit » et de manière peu formelle la mesure de la qualité à des fins de comparaison inter-hospitalière. Non sans résultat. A la fin de l'année 2005, une méthodologie consensuelle pour fabriquer les IQ s'est imposée. Le motif cognitif ne repose plus seulement sur un ensemble d'idées et d'acteurs : il a pris une première forme matérielle, à travers un premier ensemble d'IQ estampillés « généralisables » et susceptibles de « convaincre » de leur objectivité et de leur validité. Autour de COMPAQH et, dans une moindre mesure, des autres projets de recherche soutenus par la DREES, ce sont plus généralement les premiers cadrages de la mesure qui sont opérés : ils se sédimentent dans les premiers rapports, articles scientifiques, revues de littérature ; ils circulent et s'échangent lors des réunions. Ces éléments de nature cognitive irriguent de manière croissante les différentes institutions. Les conditions sont réunies pour une institutionnalisation plus affirmée des IQ d'Etat.

2. Quand les institutions se disputent l'usage des indicateurs (2006 - 2010)

La deuxième étape du processus d'institutionnalisation prend place entre 2006 et 2010. Elle fait des IQ d'Etat un enjeu de dispute entre les différents régulateurs publics de l'hôpital, qui affirment davantage leurs intentions de faire usage des premières mesures robustes et légitimes. Celles-ci suscitent des appétits croissants, dans le cadre d'une régulation sanitaire plurielle, composée d'organisations bureaucratiques en compétition (Allison, 1971), qui s'observent, refusent de laisser échapper le contrôle sur l'auditabilité de l'hôpital, et tentent de se démarquer en fonction de leurs enjeux propres. De plus en plus d'acteurs tâchent de s'approprier la mesure d'Etat, autour d'un ensemble d'objectifs qui s'inventent au cours de l'action. La recherche de compromis autour des usages, caractéristique de cette étape, ne met pas fin au mode d'action prudent des entrepreneurs de la mesure, qui doivent vaincre les réticences, contourner les résistances, recomposer le motif en l'adaptant à la variété des espaces institutionnels dans lesquels ils s'attachent à lui faire une place.

Ce deuxième moment est marqué par quatre dynamiques concomitantes, articulées, en tension. La Haute Autorité de santé s'approprie progressivement les IQ pour en faire usage dans sa certification (1) ; dans ses différentes composantes, le ministère de la santé fait usage des IQ dans une logique d'affichage public elle-même plurielle (2) ; l'Assurance maladie et l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé (ANAP) entrent dans la danse autour d'usages possibles des IQ en matière de régulation économique de l'hôpital (3) ; le projet COMPAQH-2 irrigue en idées les jeux institutionnels, en élaborant les différents usages possibles de la mesure, tout en prenant soin de n'en exclure aucun (4). Au cours de cette deuxième étape, les indicateurs donnent lieu à une diffusion publique à l'échelle nationale. Ils se font une place dans les pratiques administratives. Leur caractère contraignant fait son apparition. Le motif cognitif est « recomposé » autour d'une pluralité d'usages, incarnés dans une instrumentation composite, construite pour servir à tous.

1) « Des indicateurs pour certifier » : comment la HAS s'approprie la mesure

A partir de 2006, la HAS bascule dans une politique beaucoup plus affirmée en ce qui concerne la mesure comparative à des fins d'affichage public. Ne souhaitant pas laisser au ministère les IQ, l'institution s'approprie le motif cognitif au double sens du terme : elle fait sienne la mission de publication d'indicateurs nationaux et comparatifs visant à l'amélioration de la qualité hospitalière ; elle articule plus étroitement les IQ à ses activités internes, et notamment à sa procédure de certification. Ce basculement, s'il ne se fait pas sans tensions, ancre solidement les indicateurs à l'intérieur de la principale instance en charge de la régulation de la qualité à l'hôpital.

Le basculement du Collège en 2006 : une décision stratégique sous contrainte

Depuis le milieu de l'année 2005, l'investissement de la Haute Autorité dans la mesure à des fins de comparaison publiquement affichées est débattu au sein du Collège, sans faire l'unanimité. Certains membres, plus proches d'une philosophie d'autorégulation de la profession médicale, craignent qu'en s'engageant dans une diffusion publique et nominative de résultat d'indicateurs comparant les établissements, la HAS n'outrepasse ses missions et ne mette en danger sa légitimité professionnelle, en se rapprochant d'une régulation étatique externe qu'ils considèrent plutôt ressortir des missions du ministère de la Santé.

« Un certain nombre de membres du Collège disaient "la puissance publique NE PEUT PAS se dessaisir de l'indicateur", donc au fond c'était un peu l'idée que l'initiative appartenait plus aux institutions en charge de la gestion des hôpitaux qu'à la HAS... [...] Et que la HAS peut-être n'avait pas toute la légitimité... » (Membre du Collège de la HAS responsable de la certification, entretien I-36)

La discussion porte également sur la capacité « opérationnelle » de la HAS à mettre en place des indicateurs, non seulement en termes financiers, mais également en termes de légitimité vis-à-vis des établissements, et en termes de capacités d'expertise pour produire des indicateurs correspondant aux

canons de la rigueur métrologique. Il s'agirait d'une nouvelle mission pour la Haute Autorité, qui doit déjà assumer un élargissement de son périmètre d'intervention par rapport aux missions de l'ANAES.

Malgré ces hésitations, en mai 2006, le Collège décide d'engager la HAS dans le développement d'indicateurs de qualité, dans la double finalité de leur intégration à la certification des établissements, et de la mise à disposition de la collectivité d'informations sur la qualité des prestations hospitalières. En fait, le contexte particulier du printemps 2006 forme une « fenêtre d'opportunité » (Kingdon, 1984) pour l'essor des indicateurs à la HAS, lorsque s'opère la conjonction entre un « flux de problèmes » (essentiellement liés aux difficultés de la certification), un « flux politique » (les premières annonces du ministère concernant le tableau de bord des infections nosocomiales), et un flux de solutions de politiques publiques, qui est ici un flux essentiellement cognitif, correspondant à l'existence des premiers IQ COMPAQH et de travaux donnant une légitimité scientifique à l'affichage public. Cette fenêtre d'opportunité permet aux promoteurs des IQ à l'intérieur de la HAS de se faire entendre.

Entre l'automne 2005 et le printemps 2006, Alain Coulomb et Philippe Burnel militent activement pour convaincre les membres du Collège, avec le soutien du président de la Commission en charge de la certification, de « passer à une autre étape » à travers les indicateurs. Les promoteurs d'une participation plus poussée de la HAS à la généralisation d'IQ s'appuient notamment sur les travaux en cours dans le cadre du projet COMPAQH-1, qui se termine en avril 2006 par des recommandations de généralisation de sept indicateurs en plus du tableau de bord des infections nosocomiales. Les promoteurs de la mesure soulignent l'avancement encourageant en termes de « faisabilité », et la robustesse des indicateurs produits, correspondant aux exigences méthodologiques et scientifiques de la HAS. Le projet permet aussi de mettre en avant l'existence de compétences nécessaires à la mise en œuvre d'une éventuelle généralisation.

En ce qui concerne le débat le plus sensible, concernant l'affichage public, Alain Coulomb et Philippe Burnel appuient leur argumentaire sur les informations réunies dans les études bibliographiques qui recensent les démarches étrangères et leurs résultats. A la veille de la décision du Collège, ce flux cognitif singulier s'est étayé. Ce n'est plus seulement la revue de littérature réalisée « en interne » par Frédéric Bousquet qui est mobilisée. Une deuxième revue bibliographique est commandée à deux économistes de la santé, universitaires rattachés au laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé (LEGOS) de Paris Dauphine (Fermon et Lévy, 2005)¹. Dans un registre légèrement différent, les promoteurs de la mesure ont également commandé une revue des modalités d'affichage public à un jeune médecin de santé publique formé au CCECQA (Daucourt,

¹ L'étude est rendue publique sous la forme d'un rapport intitulé *La diffusion publique de données relatives à l'activité, la performance, les résultats des établissements de santé*. La revue de littérature décrit les démarches américaines, anglaises, et quelques autres exemples européens (Danemark, Suède, Pays Bas, Allemagne).

2006)¹, chargé d'analyser les différents sites internet diffusant des informations sur la qualité hospitalière dans les pays comparables à la France. Le rapport établit des recommandations « techniques » sur la manière dont l'affichage public pourrait être « équipé » concrètement. Ces différents travaux confirment les conclusions ambivalentes de la revue de littérature réalisée par Frédéric Bousquet : si l'affichage public d'indicateurs n'a pas d'effet structurant majeur sur les décisions des patients qui sont pourtant considérés comme étant « en demande » de ce type d'informations, il constitue tout de même un levier de changement probable sur les pratiques professionnelles, sans qu'il n'existe toutefois un consensus clair dans la littérature à ce sujet. A travers ces trois revues, c'est un flux d'informations, d'idées et de techniques qui se renforce, et qui acquiert une force de conviction propre.

Si ces arguments sont entendus par les membres du Collège, c'est aussi parce que le ministère a procédé à la première publication du tableau de bord des infections nosocomiales à l'échelle nationale, quelques mois auparavant. Le Collège considère alors que la publication d'indicateurs comparatifs est de toute façon amorcée par le ministère, fait l'objet de demandes fortes de la part des acteurs politiques, et sera donc poursuivie, avec ou sans participation de la HAS. L'analyse que font les membres du Collège est que la HAS risque de se retrouver en porte-à-faux sur un sujet d'information du public qui est pourtant l'une de ses missions essentielles. Les membres du Collège considèrent également que la publication d'indicateurs par d'autres institutions, dans la mesure où elle implique un certain travail dans les établissements, risque de concurrencer et de « marginaliser » la certification des établissements, par ailleurs fortement critiquée pour sa lourdeur. Le collège souligne finalement que c'est le rôle de la HAS de garantir la « scientificité » des indicateurs qui sont utilisés pour comparer publiquement les établissements.

« 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. [...] "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 en charge des IQ à la HAS)

La rivalité de la Haute Autorité vis-à-vis du ministère de la Santé joue ici un rôle crucial dans la décision du Collège de la HAS en 2006. C'est presque « à regret » qu'il décide de faire une place majeure à la mesure, afin de garantir la pérennité des missions et la légitimité de la HAS.

Dans ces conditions, le Collège décide d'intégrer plusieurs « garde-fous » à sa décision de généraliser des mesures de comparaison publique. D'abord, la convergence avec la certification est placée à l'horizon de la troisième version du manuel de certification, afin de ne pas « changer le contrat » implicite passé avec les établissements pour la seconde version, qui doit être déployée à

¹ Cette étude est intitulée *Revue des modalités de diffusion publique d'informations sur la qualité des établissements de santé par le biais d'Internet*.

partir de 2007. Ensuite, il est décidé de publier en 2008 les premiers résultats de la campagne d'indicateurs concernant l'année 2007 sous une forme anonyme. Cette « année blanche » doit permettre d'acclimater en douceur les établissements à ce nouvel usage de la mesure. Plus qu'un usage « sanctionnant », la HAS porte alors l'objectif de faire progresser la moyenne des établissements. Enfin, il est prévu d'accompagner cette diffusion de recommandations de bon usage de la mise à disposition d'informations publiques. Cette décision est importante, car elle fait de la généralisation d'indicateurs comparatifs l'une des missions de la Haute Autorité. Cette mission ne sera pas remise en cause lors du départ d'Alain Coulomb et de Philippe Burnel en 2006.

Un nouvel équilibre institutionnel autour du déploiement d'IQ

A partir de cette décision, les trois principales institutions qui se sont investies sur les indicateurs, DHOS, DREES et HAS, décident de formaliser davantage le pilotage du développement d'indicateurs. Il s'agit alors pour ce « *triumvirat* » autoproclamé de trouver un compromis dans la répartition du territoire institutionnel de la mesure, et de mettre un minimum de cohérence dans les démarches en cours de développement, afin d'éviter un développement hasardeux et conflictuel. La Haute Autorité s'interroge sur la possibilité d'obtenir le contrôle de l'intégralité de la production d'indicateurs de qualité. Or, la DHOS, si elle refuse de s'engager plus avant dans le développement d'indicateurs qu'elle n'a pas forcément les moyens de prendre en charge, souhaite garder le contrôle direct sur le tableau de bord des infections. Les acteurs investis au sein de la DREES souhaitent quant à eux que la direction continue à soutenir une recherche « plurielle » au sujet des indicateurs, dotée d'un certain recul attentive aux usages professionnels et à la robustesse des mesures, non exclusivement motivée par des intérêts opérationnels.

La question se pose également d'intégrer complètement le projet COMPAQH au sein de la HAS, afin d'en faire une « structure de recherche intégrée ». Le coordinateur du projet COMPAQH n'y est pas favorable, considérant que la recherche doit demeurer indépendante au cours de la phase de conception des indicateurs, et que les chercheurs doivent garder leur autonomie dans l'optique de publications et de travaux plus académiques en économie et en gestion de la santé qui sont non seulement importants pour leur carrière de chercheur, mais qui donnent également une assise académique au projet pleinement nécessaire à sa légitimité. La DHOS s'oppose également à une intégration de COMPAQH dans la HAS, puisqu'elle considère que cela modifierait l'équilibre institutionnel du projet en sa défaveur. D'autant que l'accord de la HAS et de la DHOS concernant la nécessité de publier des résultats de mesures de la qualité ne repose pas exactement sur la même vision des indicateurs, la HAS se montrant plus circonspecte sur l'usage de ces mesures.

« C'était une vision quand même un peu différente des indicateurs. [...] Dans la culture de la HAS [...] on défendait l'idée qu'un indicateur se construit et s'utilise avec précaution. A la DHOS, on avait quand même une approche... plus rapide du processus d'élaboration. Il fallait le sortir vite, l'indicateur... » (Entretien avec un économiste en charge des IQ à la HAS)

Pour toutes ces raisons, le projet COMPAQH-2 reste donc « autonome ».

Au cours de ce qui est décrit avec une certaine dramatisation comme le « Yalta » des indicateurs, les trois institutions investies dans la recherche au sujet des IQ se répartissent le terrain institutionnel de la mesure de la qualité à l'hôpital, et créent un « comité stratégique de la généralisation », composé du directeur de la HAS, et des sous-directeurs de la DHOS et de la DREES, chargé de répartir le travail et de donner les grandes orientations. La DHOS conserve le développement du tableau de bord des infections nosocomiales, la DREES se positionne stratégiquement sur le développement d'un « indicateur de satisfaction des patients », alors que la HAS s'approprie les indicateurs liés à la qualité telle qu'elle peut être tracée dans le dossier patient, susceptibles de venir équiper la certification des établissements de santé.

« La DHOS a dit : "nous, on a fait l'infection nosocomiale du temps où personne ne voulait y aller, tout le monde pensait que c'était impossible, nous on a réussi" [...]. La ligne de partage qui s'est faite, c'est de dire "à partir du moment où c'est un indicateur de qualité qui nécessite de revenir au dossier médical, le dossier médical quelque part c'est un peu le domaine de la HAS". La DREES ne voulant pas être mise de côté "mais moi qu'est-ce que je peux faire ? Je vais prendre la satisfaction des patients". Ce qui est normal parce que la DREES elle a aussi le rendu au niveau des usagers et des statistiques sur l'activité. [...] Et l'idée c'est que tout le monde a les données. » (Acteur du service SIPAQSS à la HAS, entretien collectif I-41)

La clarification qui est alors opérée permet d'organiser le travail sur les IQ en fonction des missions et des compétences disponibles à l'intérieur des différentes institutions, mais aussi des données et supports qu'elles maîtrisent. La décision d'un « partage » des données est aussi une manière de pacifier la compétition institutionnelle autour des indicateurs. Ce moment permet ainsi une mise en cohérence *a posteriori* d'une situation où chaque protagoniste a mené sa stratégie en fonction de son propre agenda.

La généralisation d'IQ par un service spécialisé à la HAS

La décision du Collège engage la Haute Autorité à assimiler un nouveau type de mesure de la qualité, qui commence à prendre forme au sein du projet COMPAQH. La mise en œuvre de cette décision à l'intérieur de la HAS ne va évidemment pas de soi. Entre 2006 et 2009, ce motif porteur d'une philosophie hétérodoxe de la qualité va pourtant être intégré, non sans tensions.

C'est dans cette optique qu'est créé le service SIPAQH (service indicateurs pour l'amélioration de la qualité hospitalière), chargé de la généralisation opérationnelle des indicateurs, en étroite collaboration avec le projet COMPAQH-2, qui est pour sa part en charge de la construction de futurs indicateurs à généraliser et du travail de réflexion sur leurs usages. Philippe Burnel convainc le Collège de créer le service SIPAQH, qui est placé sous la responsabilité de Frédéric Bousquet. Il doit permettre de porter la généralisation d'IQ à l'intérieur de la HAS, et d'organiser un premier recueil.

« A ce moment-là, COMPAQH travaille depuis un moment, on a des indicateurs qui sont prêts, on se dit "allez, on y va". [Le service SIPAQH], on l'a un peu imposé. Il a fallu convaincre le Collège. [...] En disant "ça ne pourra se faire que sur la base d'une structure dédiée AU SEIN

de la direction en charge de la certification à la HAS". » (Entretien avec un économiste en charge des IQ à la HAS)

Afin de favoriser le travail sur le volet « opérationnel » de la généralisation des indicateurs, le service SIPAQH intègre une chercheuse de l'équipe COMPAQH qui a joué un rôle central dans l'élaboration des indicateurs durant COMPAQH-1¹. Il s'agit également de favoriser le suivi par le service de la phase de conception de nouveaux indicateurs par COMPAQH-2. Ce travail opérationnel implique, dans un premier temps, de mettre en place les conditions d'un recueil généralisé des résultats de l'ensemble des établissements de santé MCO français aux indicateurs estampillés « généralisables » par COMPAQH, dans des conditions expérimentales. Comme ces indicateurs nécessitent un travail de recueil important de la part des établissements, et n'ont encore aucune valeur véritablement « opposable », l'activité du service consiste, entre 2006 et 2008, en un intense travail de présentation des IQ, d'expérimentation des outils, et d'acculturation des établissements et de leurs représentants à cette nouvelle mesure qui doit donner lieu à une diffusion publique nationale. A travers un travail de coordination avec les fédérations hospitalières et les sociétés savantes, le service IPAQH, comme les chercheurs du projet COMPAQH, travaillent à l'acceptabilité de cette forme de mesure.

« A l'époque, on a fait le tour de tous les représentants des hôpitaux, les différentes fédérations etc. J'étais clair dans le discours : "on commence à faire des indicateurs dans le cadre de la certification, mais ne rêvez pas, vous n'échapperez pas à une diffusion publique"... » (Entretien avec un acteur travaillant à l'époque au sein du service IPAQH)

« On se protège, c'est-à-dire qu'on fait valider [par tout le monde] chaque fois qu'on veut faire un truc. [...] Il faut tout lisser pour pas que ça fasse de vague. Quelque part notre boulot aussi c'est ça. » (Acteur du service IPAQSS à la HAS, entretien collectif I-41)

Après une première généralisation précoce en région Aquitaine dès 2006², les premiers IQ sont déployés auprès des établissements français MCO à partir de l'année 2008, au cours de laquelle a lieu le premier recueil d'indicateurs, à savoir ceux jugés matures parmi l'ensemble expérimenté dans le cadre du projet COMPAQH. Ce recueil implique un équipement technique particulier. Le service s'appuie sur l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour déployer QUALHAS, une plate-forme informatique mise à disposition des établissements de santé pour qu'ils puissent procéder au recueil dans de bonnes conditions³.

L'année 2009 marque le début d'une seconde phase pour le service en charge des indicateurs. Les premiers résultats (correspondant au recueil 2008) sont publiés sur le site de la HAS ainsi que sur

¹ Il s'agit d'un médecin de santé publique titulaire d'un « master en diagnostic social et stratégie du changement ». Depuis 2005, elle était responsable du développement des indicateurs de qualité dans le cadre du projet COMPAQH-1.

² Cette expérimentation est réalisée par l'Agence régionale de l'hospitalisation d'Aquitaine, avec la participation du Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA). Elle est analysée dans le chapitre 6.

³ Afin d'éviter tout risque d'une sélection avantageuse par les établissements, les dossiers à analyser sont tirés au hasard en amont, à partir des données du PMSI dans le logiciel LOTTAS. Les établissements doivent ensuite procéder à leur analyse, puis entrer les résultats correspondants sur le site QUALHAS, qui livre en retour les résultats de l'établissement et son positionnement par rapport aux établissements comparables.

le site *PLATINES*. Il s'agit des indicateurs sélectionnés par COMPAQH début 2006 : tenue du dossier du patient, tenue du dossier anesthésique, conformité du délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation, dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte et traçabilité de la douleur¹. Le service change de nom pour devenir SIPAQSS (service indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins).

Une intégration partielle des IQ et de la certification

La convergence des IQ avec la certification est l'un des objectifs prioritaires pour le Collège et la Commission. Il s'agit de simplifier, d'alléger, de pérenniser, en un mot de « rationaliser » la certification (Bousquet et Burnel, 2006; Gardel et al., 2009). A travers l'utilisation de nouvelles formes de mesure dans la certification, se joue en fait une intégration du motif cognitif mettant en avant la comparaison dans une procédure préexistante et porteuse d'une autre philosophie. Cette intégration se fait « au forceps », sous la contrainte. Elle se révèle tardive, partielle et équivoque.

La décision du Collège en 2006 intervient trop tard pour modifier en profondeur le second référentiel de certification, qui doit donner lieu à la seconde procédure de certification, nommée « V2007² ». L'expérimentation de la généralisation des IQ, le déroulement opérationnel de la certification V2007 et le travail sur la doctrine de la certification V2010 s'opèrent d'abord en parallèle, sans coordination poussée, chaque service suivant son programme de travail initial sans faire de l'intégration entre les dispositifs un objectif prioritaire. Néanmoins, entre 2006 et 2007, les différents services en charge de la certification³ voient les indicateurs du ministère « faire irruption » dans la V2007. En 2008, de nombreux établissements sont contraints de procéder de manière parallèle et relativement déconnectée à leur seconde certification (V2) et à la première campagne de recueil national d'indicateurs généralisés par la HAS. Les « expert visiteurs » ne sont pas tous formés sur les IQ, ce qui donne lieu à des incohérences majeures vis-à-vis des établissements, dont prennent conscience les acteurs du service en charge de la certification.

« Je me rappelle d'un rapport de certification pour un établissement expérimentateur des indicateurs, sur le critère "dossier patient", élément d'appréciation "évaluation du dossier patient", réponse marquée par les experts visiteurs : "non, à part le recueil des indicateurs nationaux, l'établissement n'a fait aucune évaluation". Ca dit tout de l'ignorance ! [...] Les indicateurs arrivent, on n'en fait rien, et on continue à ne pas les reconnaître... » (Acteur du service Certification des Etablissements de Santé de la HAS, entretien collectif I-39)

¹ Le chapitre 3 caractérisera ces dix indicateurs. Ils sont également présentés dans l'annexe 6.

² La seconde procédure est toutefois aménagée à la marge par rapport à l'enjeu des indicateurs : certains items évalués font par exemple référence aux indicateurs en train d'être généralisés, à travers un petit logo signalétique.

³ Le service « certification des établissements de santé » (SCES) est le service « historique » de la HAS, en charge de l'aspect opérationnel de la certification de l'ensemble des établissements de santé français. Le service « développement de la certification » (SDC), créé début 2007, est en charge de la modification du manuel en vue de la prochaine version (V2010).

L'incohérence effective devient palpable, et nourrit les critiques des acteurs hospitaliers soumis au « mille-feuille de la régulation » et à « l'incohérence bureaucratique ». C'est dans ce contexte de mise en accusation de la HAS qu'est affirmée une volonté de convergence entre certification et IQ.

« A un moment, il y a une décision où politiquement on dit "on ne peut plus continuer comme ça, c'est même plus de la polyphonie, c'est incompréhensible pour les établissements". Donc c'est un gros volontarisme de dire [...] « convaincus ou pas, vous allez trouver un modèle qui prend un sens global. » [...] La HAS est opératrice des deux [de la certification et des indicateurs], il faut qu'elle montre qu'elle a une cohérence. » (Acteur du service Certification des Etablissements de Santé de la HAS, entretien collectif I-39)

La dimension contrainte est toutefois atténuée par les acteurs du service en charge des IQ, qui réalisent, au cours de ces quelques années, un important travail de conviction et de séduction vis-à-vis de leurs collègues de la certification, pour donner du sens au motif de la comparaison inter-hospitalière à des fins d'affichage public. Ils s'attachent à présenter ces mesures comme des manières d'atteindre l'objectif que se donnent également les services en charge de la certification : l'amélioration de la qualité des soins.

« Ceux qui ont été très porteurs de ça [...] c'est ces gens un peu bizarres du service [IPAQSS] [rires]. Ils disaient "vous savez que j'ai des trucs en magasin, la littérature montre quand même que ça peut avoir du sens". C'étaient des gens qui incarnaient une "autre" culture qualité, une autre dimension... "Indicateurs", avant, c'est un mot qui ne faisait pas partie de mon paysage, de mon intérêt pratique, et je ne m'étais même pas fait sur le sujet une conviction quelconque. [...] Donc, on a découvert des champs, chacun avec sa conviction, ses résistances... [...] Ça et la volonté politique, ça nous a obligé à bouger très vite. » (Acteur du service Certification des Etablissements de Santé de la HAS, entretien collectif I-39)

Finalement, l'intégration des indicateurs dans la troisième version du manuel de certification, qui doit donner lieu à la « V2010 », commence dans les faits à partir de l'année 2008. Elle se révèle complexe, puisqu'elle implique soit le développement de nouveaux IQ au sein du projet COMPAQH, qui a déjà pris plusieurs années pour aboutir aux indicateurs généralisés par la HAS en 2008, soit la modification du manuel pour intégrer les indicateurs déjà disponibles, ce qui prend également du temps. Dans ces conditions, la convergence qui s'opère à partir du début de l'année 2009 prend la forme d'une *intégration partielle*, sur certaines thématiques de la certification pour lesquelles des IQ généralisés existent¹. Cette utilisation de nouvelles formes de mesure dans la certification transforme la philosophie du dispositif sans pour autant la révolutionner. En apprenant à accepter et à utiliser les IQ, les acteurs mettent en avant une logique d'évaluation quantitative en complément de l'évaluation

¹ Parmi les 28 références du manuel V2010, évaluées par 88 critères, 13 sont définis comme des « pratiques exigibles prioritaires », dont neuf sont assorties d'IQ. Deux critères permettent une forte substitution entre résultat de l'indicateur et évaluation du critère. Par exemple, le score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales, ICALIN, se substitue à l'évaluation du critère de « maîtrise du risque infectieux ». Pour sept autres critères, la valeur de l'IQ ne se substitue pas à l'évaluation, mais peut l'alimenter. Il s'agit alors plutôt d'un « éclairage » que d'une substitution : l'indicateur est un « repère » qui nécessite une analyse supplémentaire, mais permet néanmoins à l'établissement de montrer qu'il évalue la « mise en œuvre » de ses actions. Par exemple, l'indicateur de « traçabilité de la douleur » permet à l'établissement de justifier son évaluation de la prise en charge de la douleur. Le fait de recueillir ces indicateurs peut enfin être valorisé dans deux critères plus généraux, l'un évaluant l'existence d'un « tableau de bord de pilotage », l'autre évaluant la participation de l'établissement à des démarches d'« évaluation des pratiques professionnelles » (EPP), dont certaines mobilisent des « mesures » au sens large, établies par la HAS ou les sociétés savantes médicales.

qualitative historique de la procédure de certification, à travers une « troisième voie » qui hybride les deux logiques pour améliorer les prises en charge dans les établissements, sans pourtant se réduire à une « mesure brutale » qui occulterait les dimensions plus qualitatives.

« J'ai envie de dire qu'il y a trois catégories [rires]. Les "purs statistiquement significatifs" : "tout le reste ne dit rien ou pas grand-chose, c'est de la littérature". Les "tenants absolus de l'humain, de l'échange, du dialogue" : "le chiffre ne dit rien si, dans un dialogue, on ne l'éclaire pas, et à la limite les indicateurs ça ne pourra jamais se substituer", et puis, et d'ailleurs c'est pour ça qu'on est arrivé à intégrer et à faire un modèle, certains qui disent "c'est sans doute une richesse particulière pour la certification de pouvoir bénéficier de la mesure. A un moment, il faut mesurer, ça ne veut pas dire que tout ça ne doit pas être interrogé et contextualisé, mais les deux sont intéressants". » (Acteur du service Certification des Etablissements de Santé de la HAS, entretien collectif I-39)

Ce faisant, les acteurs de la certification participent à une hybridation entre ce motif qui leur a été imposé et la mesure à des fins d'amélioration, qui leur est plus familière et leur semble plus compatible avec leurs activités. A travers ce processus de convergence lente et incomplète, la HAS renforce l'usage du motif, tout en participant à doter son contenu cognitif d'un caractère équivoque : l'utilisation d'indicateurs dans la procédure de certification ne tranche pas entre la comparaison inter-hospitalière à affichage public et l'utilisation en interne à des fins d'amélioration de la qualité.

La coexistence des IQ avec une « mesure » porteuse d'une régulation plus professionnelle

A la même période, le motif cognitif de la mesure comparative à des fins d'affichage public demeure fortement contesté auprès des acteurs de l'autre « branche » de la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (DAQSS), qui s'occupe de l'amélioration et de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Certains acteurs de la HAS défendent une approche alternative de la mesure, qui continue d'exister et de se développer aux côtés des indicateurs généralisés, qui démontre avec vigueur la place importante des professionnels à l'intérieur de l'institution.

La place de la profession est d'ailleurs visible au plus haut niveau de l'institution. Début 2006, le président du Collège n'est pas entièrement acquis à la cause des indicateurs développés dans le cadre du projet COMPAQH-1, qui sont alors plutôt des indicateurs de processus et qui évaluent la traçabilité d'informations sur le dossier patient. D'emblée, ce professeur en hématologie, médecin reconnu comme l'un des éminents scientifiques de sa discipline, n'est pas convaincu par l'idée en vogue que les mêmes indicateurs puissent servir à tous les acteurs autour d'usages différents. Malgré ses réticences, il soutient la démarche, qu'il considère tactiquement comme un « premier pas » pour développer la « culture de la mesure » à l'intérieur de la HAS. Voyant par la suite avec méfiance se constituer toute la démarche autour du service IPAQH, qu'il percevait comme essentiellement « gestionnaire » et déconnectée de la médecine, il décide de porter en parallèle une « mesure » de la qualité qui soit plus proche des pratiques cliniques, et qui permette d'évaluer la qualité des prises en charge autour du « parcours de soins » de grandes pathologies sensibles. Il constitue une petite équipe au sein d'un service « Programmes Pilotes », dirigé par un médecin qui a longtemps exercé à l'hôpital.

Ce service porte une approche différente de la mesure, proche de celle historiquement développée par la branche chargée de l'élaboration de recommandations de pratiques et de l'évaluation des pratiques professionnelles. Sur chacune des deux pathologies « pilotes » (infarctus du myocarde et accident vasculaire cérébral), le service organise une grande consultation interprofessionnelle, permettant de mettre autour de la table l'ensemble des professionnels intervenant. Il s'agit d'établir une liste consensuelle de « repères de bonnes pratiques » tout au long de la prise en charge. L'entrée est donc bien sur la « pathologie » plus que sur les « outils » développés, qui sont très divers et sont mis « au service de l'amélioration des pratiques ». C'est dans cette approche très transversale que plusieurs dizaines d'indicateurs sont construits.

Ces instruments de mesure diffèrent des IQ diffusés parallèlement par la HAS. D'abord, ces indicateurs ne se limitent pas aux frontières de l'établissement de santé, mais se conjuguent pour permettre l'analyse d'une prise en charge dans son ensemble, dans un objectif d'amélioration des pratiques à l'échelle du parcours de soins. L'indicateur chiffré est « l'un des outils » disponible en vue de cette amélioration, tout au long du parcours du patient, qui agit en fixant des objectifs partagés par tous. Cet usage de la mesure est bien illustré par l'exemple du taux de patients de plus de 85 ans sous psychotropes, qu'il s'agit de réduire.

« Plus de 50% des patients de plus de 85 ans sont sous psychotropes. On l'a mesuré avec les professionnels, et on a engagé un certain nombre de programmes. La HAS a développé des recommandations, comment arrêter les benzodiazépines, comment gérer les troubles du comportement chez les patients déments pour mettre moins de neuroleptiques, comment traiter une confusion aiguë aux urgences... On met tous nos outils au service d'une thématique, avec une mesure. [...] L'indicateur est un outil fondamental, mais qui s'inscrit dans une dynamique. » (Médecin responsable des programmes pilotes à la HAS, entretien collectif I-33)

Ensuite, et notamment pour cette raison, ces indicateurs ne mettent pas en avant la comparaison inter-établissements à des fins d'affichage public. Ils doivent au contraire être appropriés par des praticiens et utilisés concrètement pour évaluer des pratiques médicales. Cela signifie qu'ils n'impliquent pas les mêmes contraintes métrologiques que des indicateurs comparatifs. L'essentiel est qu'ils soient mobilisés par l'ensemble des acteurs pour mesurer une dynamique, et non pas qu'ils permettent de discriminer des prises en charge dans telle ou telle organisation du parcours.

Ces « mesures » portent en fait une logique de régulation professionnelle de la qualité des soins, par une démarche d'amélioration continue appropriée par les professionnels de santé. Ces deux types d'usage de la mesure, bien différents, coexistent en fait au sein de la HAS, dont les responsables hiérarchiques assument cette mission de « gestion de la complexité » qui renvoie à la compétence « scientifique » la Haute Autorité.

« La Haute Autorité est capable d'assumer la légitimité plurielle de l'utilisation des indicateurs, elle peut rappeler cette complexité à une Agence régionale, aux professionnels, aux établissements, et potentiellement aux usagers. Je trouve même que c'est sain que ça soit au sein de la HAS qu'on gère un peu cette complexité, pour rappeler qu'il n'y a pas un seul mode d'utilisation des indicateurs. » (Directeur de la DAQSS, entretien collectif I-33)

La HAS joue d’ailleurs « sur les deux tableaux » en matière de financement des projets de recherche, en soutenant à la fois COMPAQH et le projet de recherche PATH, porté par Pierre Lombrail dans une philosophie plus proche de celle de l’EPP. Le projet COMPAQH lui-même est d’ailleurs invité à afficher de son côté la mise en cohérence des IQ et de l’évaluation des pratiques professionnelles.

Entre 2006 et 2010, le motif cognitif de la mesure comparative à des fins d’affichage public s’est ainsi affirmé à l’intérieur de la Haute Autorité de santé, en même temps qu’il est doté d’une forme matérielle concrète (les indicateurs généralisés), et qu’il se rapproche de la certification des établissements. Au cours de cette étape, les promoteurs du motif à l’intérieur de l’institution réalisent un intense travail de conviction, favorisé par le jeu institutionnel qui pousse le Collège à faire une place à cette nouvelle forme de mesure, afin de garantir sa position par rapport aux autres institutions. Comme l’a écrit P. Selznick, « *institutionnaliser signifie infuser avec des valeurs au-delà des besoins techniques de la tâche en jeu* » (Selznick, 1957, p. 16). Ce travail d’« infusion » inscrit les IQ dans les pratiques de la HAS, et fait une place à une nouvelle forme de mesure, sans toutefois évincer complètement une approche concurrente des indicateurs, plus professionnelle, qui prend de nouvelles formes. Dans le même temps, ce sont des usages différents qui motivent le ministère.

2) « Des indicateurs à afficher » : les usages de la transparence par le ministère

A partir de 2006, les différents acteurs du ministère de la Santé mobilisent de plus en plus les IQ du tableau de bord annuel des infections nosocomiales. Si c’est un même objectif de « mise en transparence » de la qualité à l’hôpital qui motive les différentes composantes du ministère, chacune fait usage de cet affichage public dans une logique singulière. En déployant à partir du milieu des années 2000 ses mesures qui ne correspondent pas véritablement à un « palmarès d’Etat », le ministère est parvenu à « normaliser » partiellement un risque sanitaire construit en risque collectif à la fin des années 1990 (Carricaburu et Lhuillier, 2009).

A la DHOS : des IQ pour la politique de lutte contre les infections nosocomiales

A partir de la fin de l’année 2005, la DHOS s’organise pour gérer la publication annuelle des résultats du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales, prérogative qui lui est garantie par le partage des tâches entre les différentes institutions publiques. Entre 2006 et 2010, le tableau de bord se stabilise autour des cinq indicateurs produits par COMPAQH-1. A la DHOS, c’est le bureau en charge de la « qualité et sécurité des soins » qui prend en charge cette publication annuelle, en étroite coordination avec la DGS et le cabinet ministériel.

Au cours de cette période, les indicateurs sont surtout perçus à la DHOS comme l’un des principaux leviers de la politique nationale de lutte contre les infections nosocomiales, pilotée par le ministère. L’utilisation des indicateurs déborde la simple publication d’informations transparentes

pour les patients. Du point de vue de la DHOS, les indicateurs constituent un « levier interne » aux établissements pour l'amélioration de la qualité, mais également un « levier externe » que les tutelles doivent s'approprier pour favoriser une progression générale des établissements en incitant, par l'affichage public, les acteurs hospitaliers au progrès. Le bureau définit notamment des « objectifs nationaux quantifiés » qui doivent permettre de « piloter » la mobilisation nationale autour des pratiques d'hygiène hospitalière et de lutte contre les infections nosocomiales¹. Les résultats aux indicateurs sont aussi utilisés par le ministère pour évaluer le programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008. Ces objectifs nationaux sont ensuite traduits à l'échelle régionale. L'objectif d'un usage « contractuel » des indicateurs au niveau régional émerge au cours de cette période (Parneix et al., 2007), sans toutefois qu'il ne fasse l'objet d'une grande formalisation et de directives claires. C'est que les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) se saisissent alors des indicateurs de manière très différente selon les régions : certaines s'appuient sur les indicateurs pour constituer les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens qui sont passés avec les établissements, alors que d'autres ne s'en saisissent pas, ou utilisent leurs propres indicateurs au niveau régional. Au cours de cette période, le ministère utilise également les indicateurs comme des outils de communication, lors des journées régionales sur le risque infectieux organisés par les CCLIN (comités de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales). Ces communications sont l'un des moyens de mobiliser les établissements et favoriser l'acceptation des changements de comportements nécessaires à la lutte contre les infections nosocomiales. Les résultats nationaux font l'objet d'une mise en scène, soulignant les « progrès » accomplis grâce au dispositif, bien visibles dans les publications institutionnelles (Parneix et al., 2007; Salomon et al., 2006). C'est avec une certaine fierté que les acteurs du bureau « qualité et sécurité des soins » vont jusqu'à communiquer à l'international au sujet du programme français et de ses résultats.

« C'est un sujet très porteur, parce que la France a les meilleurs résultats européens, et pratiquement mondiaux, quoi. On organise la journée mondiale sur l'hygiène des mains... [...] [En 2009] l'OMS a trouvé ça tellement intéressant qu'ils l'ont presque récupérée... Tout part d'ici [rires] ! » (Chef du bureau en charge des IQ au ministère depuis 2003, entretien I-23)

Pour autant, la DHOS n'est pas insensible aux usages des indicateurs en matière de communication politique, qui sont également une manière de mettre en valeur la politique de lutte contre les infections nosocomiales. Le bureau de la DHOS en charge des indicateurs prépare activement la publication annuelle, qui prend la forme d'un « rapport » d'analyse des résultats de l'ensemble des établissements au niveau national (DHOS et DGS, 2006, 2007, 2008, 2009). Le flux de ces rapports, publiés sur le site Internet du ministère, nourrit en symboles et en données la communication des ministres, qui présentent les résultats en personne lors de conférences de presse.

¹ A titre d'exemple, il est prévu qu'entre 2005 et 2008, 100% des établissements de santé aient progressé sur le score composite ICALIN, et qu'aucun établissement ne soit dans la dernière classe de résultats (voir Parneix et al. 2007, p. 103).

De l'évitement du blâme à la revendication du crédit : les usages politiques des IQ

L'usage fait par les gouvernants des IQ en matière de communication évolue sensiblement entre 2006 et 2010. Dès le milieu des années 2000, la démarche de construction du tableau de bord des infections nosocomiales est mobilisée par les ministres de la Santé successifs, d'abord comme une manière « d'éviter le blâme » (Hood, 2007; Weaver, 1986). Par l'intermédiaire de leur cabinet, les ministres ont suivi de près le travail sur le tableau de bord des infections nosocomiales. Au début de la période, leurs discours mettent fortement l'accent sur la nécessaire restauration de la « confiance » entre les patients, les professionnels, et l'Etat responsable du système, qui implique une acceptation de l'auditabilité par les professionnels de santé. Le discours de Xavier Bertrand prononcé le 18 janvier 2007, dont un extrait a été mobilisé en ouverture de l'introduction générale de cette thèse, est très révélateur de cet usage : à travers le tableau de bord, il s'agit :

« [...] que les patients soient assurés de la volonté de transparence et de qualité de leurs soignants. Que les soignants soient assurés d'avoir la confiance de leurs patients et le soutien des pouvoirs publics dans leurs efforts. » (Extrait du discours de X. Bertrand, 18 janvier 2007)

Entre 2008 et 2010, l'usage politique des IQ évolue progressivement vers une stratégie plus proche de la « revendication du crédit » (Weaver, 1986) en matière de recul des infections nosocomiales. L'équipe de Roselyne Bachelot fait même de la « qualité des soins » une véritable stratégie de communication politique, opportune au moment de la négociation d'une nouvelle loi de réforme hospitalière¹. La ministre est en mesure de profiter de la maturité du tableau de bord du ministère, publié en routine depuis 2007, pour communiquer régulièrement sur l'évolution positive des résultats à l'échelle nationale. C'est la ministre qui annonce en personne la publication d'un indicateur comparatif de satisfaction des patients, lors d'un discours prononcé en novembre 2010 très révélateur du ton de la communication ministérielle : la qualité y est conjuguée au singulier.

« Améliorer la qualité et la sécurité des soins : vous le savez, cet impératif est au cœur de ma politique de santé depuis trois ans et demi et j'ai coutume de dire que je suis, avant tout, la ministre de la qualité des soins. La généralisation de l'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés dans les établissements de santé publics et privés est pour moi l'occasion de réaffirmer ma détermination en la matière. » (Extraits du discours prononcé par Roselyne Bachelot, 4 novembre 2010)

Avec M. Edelman (1977), on peut faire l'hypothèse que ce qui se joue dans ces discours, c'est un « travail symbolique », visant à transformer une contrainte externe, à savoir « le blâme » associé à l'inaction et la faiblesse des pouvoirs publics face à l'enjeu de la qualité et de la sécurité à l'hôpital, en une ressource de « crédit politique ». Il s'agit d'abord de revendiquer vis-à-vis des citoyens la responsabilité personnelle de la ministre dans l'amélioration de la transparence et de la qualité. Mais la ministre partage également le crédit de cette mesure avec l'ensemble des parties-prenantes, qu'elle remercie en fin de discours, en soulignant le succès du « travail collectif » qui a mené à l'élaboration

¹ Dès 2008, le projet de la loi portant réforme de l'hôpital (HPST), qui sera adopté fin 2009, est très discuté.

de cet indicateur. Il existe donc un crédit politique tout particulier, dans un secteur relativement conflictuel, à pouvoir afficher une manière consensuelle de gouverner. Les indicateurs de qualité permettent d'étayer les discours politiques par la production de dispositifs « concrets », visibles, chiffrés, susceptibles d'être repris, qui deviennent des supports de l'action symbolique.

Ces effets de discours, qui renvoient à ce jeu d'évitement du blâme professionnel et de revendication du crédit vis-à-vis des patients-électeurs, s'accompagnent d'un travail actif de la part du cabinet, qui vise essentiellement à reprendre la main sur la publication d'informations par les journalistes. Un bon exemple de ce travail est l'arrangement qui s'opère depuis plusieurs années entre le cabinet et le journal *l'Express* : le ministère fournit à l'avance au journal les données issues des indicateurs, afin que ce dernier les mette en forme dans un « palmarès » publié chaque année le même jour que la conférence de presse ministérielle. Les termes de l'échange sont les suivants : le journal a l'assurance de réaliser un volume de vente intéressant à partir d'un travail journalistique peu coûteux ; le ministère donne une visibilité plus grande à ses données, et crée un effet médiatique plus fort le jour de la publication, comme l'explique ce conseiller technique au cabinet de la ministre, convaincu de l'intérêt des indicateurs pour « marquer les esprits ».

« Aujourd'hui, l'Express prépare sa publication avec les services du ministère. [...] Cette année, on avait quelque chose à annoncer, c'était la généralisation de nos indicateurs de qualité [...], c'est le cabinet qui choisit le moment et la façon dont ça va être mis en valeur. [...] Il s'agit bien sûr de mettre l'action de la ministre en exergue. Maintenant, je crois que ça choque plus personne, au contraire. L'intérêt de la ministre rejoint celui de tous les patients usagers... » (Conseiller au cabinet de Roselyne Bachelot, entretien I-9)

En quelques années, l'Etat sollicité est donc parvenu à amorcer la reprise en main de la publication de données sur la qualité et la sécurité des établissements de santé. Cet usage des indicateurs à des fins de communication politique au cours de cette période ne se limite d'ailleurs pas aux ministres de la Santé. C'est aussi l'Elysée qui s'empare des IQ. D'abord, lorsque le président de la République se déclare en faveur « d'indicateurs simples de mortalité » :

« À l'hôpital, je souhaite que chaque établissement analyse avec attention les causes des accidents liés aux soins prodigués en son sein. Pour accélérer le mouvement, il faut que soient rendus publics, pour chaque établissement de santé, quelques indicateurs simples comme le taux de mortalité ou le taux d'infections. Je veux des résultats concrets. » (Extrait du discours de Nicolas Sarkozy, Bletterans, 18 septembre 2008)

Ce discours volontariste sur un sujet jugé complexe et sensible ne passe pas inaperçu. Il surprend la grande majorité des acteurs institutionnels, y compris au ministère de la santé. Les vœux du président aux professionnels de santé, quelques mois plus tard, sont l'occasion de mettre davantage en avant le caractère « constructif » de la démarche.

« J'appelle les hôpitaux et les cliniques à mettre en place des indicateurs de qualité qui permettront à tous d'avoir le même niveau d'information, un égal accès à des soins de qualité. Les indicateurs de qualité, ce n'est pas pour brimer qui que ce soit, c'est au contraire pour valoriser la performance et tirer le système vers ce qu'il y a de meilleur. » (Extrait du discours de Nicolas Sarkozy, Strasbourg, 9 janvier 2009)

Evidemment, la boîte noire de la construction technique des indicateurs reste largement close pour le grand public. Une fois composé sous une forme matérielle, le motif cognitif de l'auditabilité de la qualité hospitalière est susceptible d'être utilisé par les acteurs politiques, sans que les éléments qui le composent ne soient remis en question. Les IQ constituent finalement des symboles particulièrement visibles et légitimes d'une action publique sur la qualité et la sécurité des soins. Elaborés par les experts des institutions, ils permettent aux gouvernants d'opérer cette communication politique sans brusquer les professionnels : dès lors que des indicateurs sont labellisés par la Science et par l'Etat, ils peuvent être utilisés pour mettre en avant l'action politique.

L'engagement croissant de la DREES dans la démarche de « mise en transparence »

Au printemps 2006, lorsque la DHOS publie pour la première fois son tableau de bord et que la HAS s'engage plus avant dans la généralisation d'indicateurs, la position de la DREES évolue. Tout en continuant de soutenir les projets alternatifs mettant en avant une approche de la mesure à des fins d'apprentissages professionnels, et notamment le second volet du projet PATH¹, elle s'efforce de se positionner davantage sur les indicateurs. La direction scientifique du ministère s'inscrit dans le comité stratégique de la généralisation. Elle entre dans le financement du projet COMPAQH-2. De manière comparable à ce qui se joue alors à la HAS, ce « pas en avant » de la DREES s'explique par une évolution du contexte, couplée à un prudent travail d'infusion réalisé en interne par le médecin de santé publique que nous avons déjà rencontré dans la section précédente. Ce dernier, qui a suivi le dossier depuis le départ, est alors en relation avec Frédéric Bousquet à la HAS. Il considère qu'il est important que les trois institutions soutiennent le même projet de recherche, afin de donner de la cohérence au déploiement des indicateurs. Il considère également que la DREES « ne peut pas ne pas se positionner » sur ce thème émergent appelé à jouer un rôle croissant en matière de régulation hospitalière. Entre 2006 et 2010, c'est une forme d'investissement sous contrainte, non dénué de stratégie, qu'adoptent les dirigeants de la direction scientifique du ministère. Ces derniers considèrent que la DREES peut trouver sa place dans le dispositif, en se positionnant sur la production de connaissances au sujet des IQ et en procédant à une information publique conforme à ses missions. Entre 2006 et 2010, la DREES s'engage plus précisément de trois manières dans la question de la mise en transparence de la qualité à l'hôpital. Ces trois engagements connaissent toutefois des accomplissements très inégaux.

En premier lieu, la DREES s'engage à développer un indicateur de « satisfaction des patients ». Cet engagement correspond surtout à une volonté du niveau stratégique de la DREES d'être présent dans la généralisation des indicateurs validés par COMPAQH-1. Sachant que la DHOS est

¹ Le second volet du projet vise à opérer une comparaison internationale entre établissements volontaires. Son volet français, dans la continuité du premier projet PATH, cherche à construire des IQ à des fins d'apprentissages professionnels.

engagée sur le tableau de bord des infections nosocomiales, et que la HAS souhaite s'appropriier les indicateurs du dossier patient, il reste cet indicateur qui présente une cohérence vis-à-vis des missions d'information de la DREES. Mais cet engagement s'accompagne en réalité d'une conviction faible des principaux acteurs en charge du dossier, qui considèrent que la généralisation n'est pas une mission adaptée à cette direction du ministère, et que celle-ci ne dispose par ailleurs pas de ressources humaines suffisantes pour la prendre en charge : au cours de cette période, deux à trois personnes s'intéressent au dossier des indicateurs au sein de la DREES, en n'y consacrant qu'une petite partie de leur temps de travail. Cet engagement ne sera pas concluant : ce sera finalement le bureau des usagers de la DHOS qui reprendra le dossier.

En deuxième lieu, la DREES s'engage dans la publication d'informations relatives aux établissements. Cet engagement aboutit : en janvier 2007, la direction met en ligne le site *PLATINES* (plate-forme d'information sur les établissements de santé), qui permet en quelques clics d'afficher des informations concernant l'activité des établissements, les résultats de certification des établissements, et les résultats du tableau de bord des infections nosocomiales. A travers ce site, la DREES positionne stratégiquement sa base de données, la « statistique annuelle des établissements » (SAE) qui est alors jugée sous-exploitée. Le développement de ce site internet permet également à la DREES de s'investir sur le sujet des IQ développés par les autres institutions, de mettre en valeur leurs résultats, tout en influençant le processus, sans renoncer à son approche « scientifique » des informations présentées aux usagers. Comme le résume avec humour le médecin de santé publique en charge du dossier, le site *PLATINES* est bien différent d'un « palmarès d'Etat » :

« La DREES, comme elle est "scientifique", elle peut se permettre d'avoir des arguments qui sont un peu différents... Parce qu'il y a quand même aussi des négociations avec le cabinet hein. Ils nous ont demandé un palmarès, on leur a produit PLATINES ! [rires] C'est pas exactement la même chose, mais c'est un outil intéressant. » (Médecin de santé publique en charge à la DREES, entretien I-26)

Plus précisément, *PLATINES* est conçu comme un site permettant de « classer » les établissements par grands types et grands niveaux de qualité, afin de permettre une mobilisation professionnelle autour de la mesure publiquement affichée. Un usage plus proche des « palmarès » classant les établissements des meilleurs aux moins bons, est rejeté. Le site est donc moins conçu comme un site connu du grand public et utilisable par l'ensemble des patients pour choisir un établissement, que comme un site permettant un *usage professionnel* de l'information. Ce choix d'un compromis entre « affichage public » et « scientificité » des classements aboutit à un site internet qui ne favorise pas la comparaison pour l'utilisateur : il n'est pas possible d'afficher sur une même page l'état comparatif de deux établissements ; aucun système d'affichage comparatif d'établissements dans une même zone géographique n'est proposé ; les intitulés des indicateurs sont difficiles à décrypter pour le profane.

« PLATINES c'était la DREES qui voulait répondre à une demande politique, et dans le même temps voulait être la plus rigoureuse possible... [...] Des gens avaient peur que ces statistiques soient livrées n'importe comment... Donc la réflexion c'était "comment on peut les présenter

publiquement y compris avec une optique de comparaison, pour que les professionnels ne soient pas découragés parce qu'ils ont l'impression que la sphère publique fait n'importe quoi avec les chiffres".» (Entretien avec un participant au groupe de travail PLATINES)

Selon ses critiques, le groupe de travail de la DREES aurait en fait « accouché d'une souris » en privilégiant la qualité des informations à leur recevabilité par les usagers, surtout pour garantir l'accessibilité sociale de l'affichage public, au détriment d'une utilisation réellement possible par les usagers. Le site *PLATINES* qu'elle met en ligne constitue néanmoins le premier site ministériel mettant à la disposition du public un ensemble de données médico-administratives concernant les indicateurs. Le site sera amené à évoluer progressivement au cours du temps pour intégrer les nouveaux indicateurs généralisés par les institutions publiques. Depuis 2010, le site *PLATINES* intègre notamment les informations liées aux indicateurs généralisés par la HAS. Si la mise en ligne du site *PLATINES* s'inscrit également dans cette volonté de publicisation, la réticence de la DREES et des experts à opérer un véritablement classement entre établissements donne un intérêt supplémentaire à la presse, capable de relayer l'information avec moins de scrupules, et de manière plus séduisante pour le public, sans pour autant exposer le ministère. Au-delà de ce type d'arrangement, les différents organes de presse intègrent de plus en plus à leurs palmarès les données issues des indicateurs d'Etat, accessibles pour les journalistes sur le site *PLATINES*¹.

En troisième lieu, à la fin de la période, c'est à la DREES qu'est confiée l'organisation d'un groupe d'expertise sur la question des « indicateurs de mortalité ». Comme en témoigne avec humour l'un des chercheurs, les quelques mots du président de la République à l'automne 2008 ont fait grand bruit dans le petit monde des institutions publiques et des experts en indicateurs. D'un commun accord entre ministère et HAS, le sujet est donc rapidement confié, début 2009, à la DREES, jugée plus à même d'organiser un traitement « scientifique » de ce sujet complexe, tout en « donnant le change ».

« [L'annonce] présidentielle... C'est tombé du ciel, hein ! On a refile le bébé tout de suite à la DREES, qui va monter un groupe de travail, parce qu'on sait que c'est compliqué, qu'on n'est pas encore mûr. [...] Ceux qui prennent du recul, c'est les gens de la DREES, ils sont payés pour ça... "Comment on peut donner le change" ! [...] Quand Sarko il prétend connaître la réalité, mais enfin, pauvre garçon ! [...] Ca prouve que l'expertise n'est pas encore parfaitement répartie. » (Entretien avec un expert engagé dans le groupe de travail)

De manière provocante, ce chercheur souligne le hiatus qui existe alors entre la commande politique pour « quelques indicateurs simples » et la grande difficulté méthodologique à mesurer de façon robuste la mortalité. Les premières expérimentations françaises convergent avec les conclusions de la littérature internationale pour souligner les difficultés méthodologiques de ce type de mesure. Comme le souligne cet autre chercheur, l'administration cherche alors surtout à « temporiser » la commande

¹ En 2010, les indicateurs qualité de l'Etat sont mobilisés d'une manière ou d'une autre dans les palmarès de *l'Express*, du *Figaro Magazine*, du *Nouvel Observateur*, du *Parisien*, et même du *Point*. Les journalistes du *Point* continuent toutefois de réaliser leurs enquêtes indépendantes, qu'ils complètent par un système d'étoiles mobilisant les indicateurs d'Etat.

politique sur ce sujet risqué et incertain. Une nouvelle fois, l'exploration « scientifique » d'un sujet controversé est une manière prudente de répondre à une demande politique, sans faire de vague.

« Après la demande de Sarkozy, il y a eu un mouvement. [...] Mais il n'y a pas eu de prise de position vraiment ferme. [...] Les administrations sont restées finalement assez en résistance... Alors bon quand t'es chercheur là-dedans, toi, t'es sollicité, tu sens que ce sont des sujets sensibles, tu ne vas pas faire le guignol en produisant ton indicateur dans ton coin... Tu fais des propositions dans ces groupes. Moi j'en ai faites. Mais y'a pas eu de retour ! On n'a jamais eu d'arbitrage, quoi ! » (Entretien avec un expert-chercheur en métrologie)

Afin d'éviter les risques de fuite, les responsables de la DREES donnent un caractère confidentiel au groupe de travail¹. Il s'agit en fait de se prémunir contre un double risque de blâme : non seulement celui qui pourrait provenir d'une réaction des professionnels par rapport à la construction d'un indicateur officiel de mortalité aux usages incertains, mais aussi l'accusation de « faiblesse politique » qui pourrait survenir en cas d'échec de cette construction d'indicateurs de mortalité. Une série de réunions sont organisées, auxquelles participent les principaux experts français sur le sujet, et un spécialiste anglais qui a élaboré des modèles statistiques de mesure de la mortalité : Brian Jarman, spécialiste du *National Health Service* et fondateur de *Dr Foster* et de ses *rankings*. Le groupe de travail s'intéresse à trois modèles étrangers de classement des établissements sur une pathologie cardiaque. Le groupe de travail aboutit à la conclusion, transmise sous la forme d'une note au cabinet, que les trois modèles donnent des classements différents des établissements. Cette note exprime donc un certain nombre de réserves méthodologiques à la construction et à la diffusion d'indicateurs de mortalité en France. En dépit de leur intérêt scientifique, ces résultats ne sont pas publiés. Il faut dire qu'ils apparaissent en contradiction avec la posture « volontariste » du président de la République en septembre 2008. Produits par un groupe de travail restreint auquel n'ont pas été invités les représentants des établissements et des professionnels, la publication de ses résultats risquerait également de susciter de vives réactions.

Si la direction scientifique du ministère fait, au cours de cette période, un pas en avant notable en direction d'une implication dans la généralisation des IQ, son engagement demeure plus marginal que celui amorcé de manière précoce par la DHOS, et *a fortiori* par la HAS qui s'approprie la majeure part du terrain institutionnel de la généralisation d'indicateurs. L'engagement de la DREES reste surtout fortement orienté vers un affichage public respectueux des contraintes de robustesse et de légitimité vis-à-vis des professionnels et des gestionnaires d'établissements de santé. C'est une logique différente qui pousse des acteurs pendant longtemps en retrait à entrer dans la danse institutionnelle.

¹ Cette confidentialité du sujet nous a notamment fermé l'accès aux archives de la DREES concernant les réunions de ce groupe de travail. Les informations mobilisées ici proviennent de sources indirectes, ainsi que du paragraphe qui lui est consacré dans le rapport de l'IGAS consacré à la politique d'information des usagers (Bras et al., 2010).

3) « Des indicateurs pour réguler » : l'entrée en jeu de la CNAM et de l'ANAP

Entre 2008 et 2010, la mesure de la qualité devient un objet d'investissement pour de nouveaux acteurs institutionnels, jusqu'ici plutôt effacés, mais qui ont observé avec attention les investissements du ministère et de la HAS au cours des années précédentes : la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé (ANAP). Si ces institutions ne deviennent pas des acteurs centraux du déploiement des IQ d'Etat, leurs engagements spécifiques autour de la mesure contribuent à formaliser un nouvel usage possible du motif cognitif, plus proche d'une logique de régulation économique, qui est amené à faire son chemin.

L'Assurance maladie, son CAPI, et l'essor du paiement à la performance

Afin de saisir pourquoi et comment l'Assurance maladie, en s'intéressant aux IQ à partir de 2008, impose le paiement à la performance comme un nouvel usage possible des mesures de la qualité à l'hôpital, il est d'abord nécessaire de remonter brièvement à son éviction de l'évaluation de la qualité au début des années 2000. Rappelons-le, la régulation du secteur sanitaire s'est construite en France autour d'une ligne de partage entre Assurance Maladie et Etat : alors que la première est directement en charge de la médecine de ville, c'est le second qui est le gestionnaire et le régulateur du secteur hospitalier¹. L'Assurance Maladie n'en reste pas moins l'organisme financeur de l'ensemble des établissements de santé, qui représentent son premier poste de dépenses : cette dernière prend en charge plus de 85% des dépenses hospitalières. Cette régulation bicéphale et le contrôle croissant que l'Etat exerce sur les caisses d'assurance maladie se traduit par des rapports conflictuels récurrents (Hassenteufel, 2008b). Au début des années 2000, le ministère a choisi de renforcer le programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI), développé par l'Etat, dont les usages économiques sont possibles à court terme, au détriment d'un projet de renforcement de l'outil développé par la CNAM dans le cadre de ses commissions d'examen des budgets hospitaliers (CEBH), consistant en une évaluation des services par les médecins inspecteurs de la sécurité sociale, susceptible d'être utilisée par la tutelle régionale. L'évaluation des activités de l'hôpital revient alors à l'Etat, à travers le PMSI pour le volet « médico-économique », et l'accréditation pour le volet « qualité ».

Cette éviction de l'évaluation de l'hôpital n'empêche pas l'Assurance Maladie de s'intéresser, en tant que financeur de l'hôpital, à la démarche du projet COMPAQH, qu'elle suit depuis 2007. A partir de 2008, elle participe plus spécifiquement aux côtés du ministère et de la HAS à l'organisation d'un séminaire consacré à la question du « paiement à la performance », dont l'organisation est confiée à COMPAQH-2, sur lequel nous serons amenés à revenir par la suite. Quelques mois plus tard,

¹ Cette ligne de partage s'est renforcée au début des années 2000. Dans les années 1990, l'Assurance Maladie était également en charge du mécanisme de convention avec les cliniques privées, passées sous le giron de l'Etat après 1999.

l'Assurance Maladie lance son propre programme d'évaluation et d'amélioration de la performance médicale dans le secteur ambulatoire : le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI). 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 (diabète, hypertension artérielle), ou l'optimisation des prescriptions (antibiotiques, médicaments génériques). Une rémunération spécifique représentant jusqu'à 10% de revenus supplémentaires permet de valoriser « la progression » ou « le niveau atteint » par les généralistes signataires du CAPI vis-à-vis des objectifs définis par la CNAM.

Le CAPI est déployé à partir de mai 2009, en parallèle du déploiement par l'Etat des premiers IQ à vocation de comparaison inter-hospitalière et d'affichage public. Ce n'est pas un hasard : l'Assurance Maladie cherche à être la première à mettre en place une forme de « paiement à la performance », avant l'Etat. C'est également à ce moment que Frédéric Bousquet quitte le service dédié aux indicateurs de la HAS pour rejoindre l'Assurance Maladie et travailler sur le CAPI. Il emmène avec lui ses connaissances et son expertise sur la mesure. Comme il l'explique, à travers ce dispositif, l'Assurance Maladie porte une logique qui est différente de celle de la Haute Autorité de santé, puisqu'elle met au centre la logique de l'efficacité, et une logique « systémique » plus qu'orientée vers la « pratique professionnelle » qui « parle » davantage à l'économiste de la santé.

« Je trouvais qu'une partie de la HAS... Le Collège surtout... était trop dans une logique "pratique médicale personnelle", et pas assez "systémique", quoi. [...] L'enjeu ici c'est qu'il fallait mettre en route un processus qui n'existait pas du tout sur la médecine de ville. Et ça a été un succès qui a dépassé les premiers espoirs qu'on avait... [...] Pour moi le CAPI c'est la première mise, c'est le pied dans la porte qui a permis de mettre en place un processus, de lancer une démarche active qui permet d'avoir des indicateurs qui seront progressivement plus utiles aux médecins de ville. [...] C'est une approche un peu différente de celle de la HAS : on ose dire que le médecin a un rôle sur l'efficacité, et que ça fait partie de ses tâches... » (Frédéric Bousquet, entretien I-34)

Le déploiement du CAPI s'accompagne de l'affichage d'informations au grand public sur le site de l'Assurance Maladie, *Ameli.fr*. En 2010, le directeur de l'Assurance Maladie annonce sa volonté de compléter ces informations sur la médecine de ville par des indicateurs de performance concernant directement les établissements de santé. Il s'agit de diffuser pour les patients des indicateurs non seulement de prix, mais aussi de qualité, dans une logique proche de celle du site *PLATINES*.

L'Assurance Maladie contribue à placer à l'horizon institutionnel un nouvel usage *potentiel* des mesures de la qualité à l'hôpital : le paiement à la performance, qui était jusqu'ici peu mis en exergue par les institutions publiques. Pour l'Assurance Maladie, il s'agit non seulement de se réappropriier le thème de la mesure de la performance, mais aussi de se démarquer des autres régulateurs et notamment de l'administration centrale. Ce qui n'empêche pas l'Assurance Maladie, en dépit du volontarisme modernisateur qu'affichent ses dirigeants, de rester dans une position de prudence vis-à-vis de la profession médicale, qu'il s'agit de convaincre sans trop brusquer. La CNAM cherche ses propres mesures robustes et légitimes permettant d'instrumenter une régulation économique.

« On voulait que le premier CAPI soit irréprochable. Quand vous vous plantez, vous vous bloquez pour 5 ou 10 ans. Donc il ne fallait pas [que le CAPI] soit trop attaqué scientifiquement par les médecins. Il fallait aussi que les gens du ministère des finances ne nous accusent pas de distribuer de l'argent à tout va. [...] L'appropriation, elle passe aussi par le dialogue. Ces trucs-là n'auront un impact que si tout le monde les considère comme à peu près légitimes. » (Haut fonctionnaire en charge du sujet à la CNAM, entretien I-19)

L'ANAP, son outil Hospi Diag, et l'essor de la contractualisation

L'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), instituée par la loi HPST en 2009, est le fruit du regroupement de trois entités qui lui préexistaient¹, dont elle reprend l'essentiel des missions : l'objectif clairement affiché lors de la création de l'agence est de 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 entreprises de conseil en organisation ou en management, en appuyant l'administration centrale et les Agences régionales de santé (ARS) dans leurs missions de pilotage et de régulation des secteurs sanitaire et médico-social. Comme l'explique cet économiste de l'ANAP, le cœur de mission de l'agence est bien de s'assurer de l'efficacité économique des investissements monétaires dans le système de santé.

« La question, c'est comment on fait soit pour maîtriser les dépenses, soit pour s'assurer que les dépenses incrémentales que l'on fait se traduisent bien par des gains marginaux en termes de production de soin ou de qualité... [...] Dès qu'on compare un peu les organisations hospitalières sur la question de l'efficacité productive, on retrouve des variabilités incroyables. [...] C'est clairement la question de l'efficacité productive des producteurs de soin, qui est posée. J'utilise des termes économiques peut-être très brutaux, que je n'utiliserais pas sur une autre tribune, mais [...] je pense que véritablement, le cœur du problème, c'est ça. » (Economiste de la santé à l'ANAP, entretien I-1)

La nouvelle agence et les entités dont elle est issue sont nourries de cette approche d'évaluation médico-économique, qui a pendant longtemps été considérée comme « suspecte » par les professionnels de la médecine (Benamouzig, 2005). Le premier enjeu institutionnel de l'agence est d'être en mesure d'enrôler les établissements et les professionnels dans ses démarches porteuses de maîtrise des coûts. Si cet enjeu n'est pas nouveau (Belorgey, 2010), il paraît avec force, dès les discussions qui entourent la création de l'agence, autour de 2008. Le choix du mot « performance » n'est pas anodin, et vise à légitimer l'action de l'agence par une référence à la qualité des prises en charge ou au résultat des soins, plutôt qu'à la simple question de l'efficacité, davantage marquée par le raisonnement économique. Pour donner à ce terme commode mais flou un contenu proche de l'objet du travail de l'agence mais acceptable par les acteurs hospitaliers, ses dirigeants s'appuient sur la définition de la performance mobilisée par l'OMS (World Health Organization, 2000), qui a le mérite d'intégrer une pluralité de dimensions, dont la qualité des soins, dans un modèle économique à l'échelle du « système de soins » aux ressources limitées.

¹ Il s'agit du groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH), de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH) et la Mission nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier (MAINH).

Pourtant, travailler sur la qualité ne va pas de soi pour l'ANAP : le thème implique une complexité importante, et l'agence est davantage dotée en compétences gestionnaires et financières qu'en expertise en santé publique ou en métrologie. En outre, ce discours sur un travail global de la « performance » questionne d'emblée son positionnement institutionnel, par rapport à la HAS, aux ARS, et à l'Agence Technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Le second enjeu qui importe pour l'ANAP est alors de se faire une place dans cette régulation déjà fortement éclatée du secteur hospitalier. La stratégie adoptée par le directeur de la nouvelle agence consiste à revendiquer un positionnement « à l'interstice » des autres institutions et de l'administration centrale. Il s'agit d'intégrer les outils existants, et d'apporter une aide dans la mise en œuvre et la négociation entre les différents acteurs.

C'est à la lumière de ces deux enjeux institutionnels que l'on peut analyser l'outil de diagnostic de la performance hospitalière élaboré sous l'égide de l'agence courant 2010, et nommé « Hospi Diag ». Prenant la suite d'un outil développé depuis le milieu des années 2000¹, il est élaboré au cours d'une consultation de l'ensemble des parties prenantes². Il exploite les données existantes au sein des différentes institutions qui participent à son élaboration. Avec emphase, ses promoteurs le présentent comme un « esperanto » de la performance hospitalière :

« Il y avait la volonté que l'ANAP ne soit pas vue comme facteur de trouble en créant un outil supplémentaire, et en termes de positionnement de l'agence, ce n'était pas neutre d'avoir été celle qui a porté "la cohérence à travers l'outil". [...] Le fait qu'il soit présenté comme une sorte "d'esperanto" de la performance hospitalière, c'est vraiment important. » (Economiste de la santé à l'ANAP, entretien I-1)

Il s'agit de construire systématiquement et pour chaque établissement une vision macroscopique de la performance, pouvant donner lieu à une comparaison dans le temps ou vis-à-vis d'autres établissements. Sous la forme d'un tableau de bord de 76 indicateurs, Hospi Diag intègre cinq « axes » : activité, qualité des soins, organisation, ressources humaines et financières (voir figure 2).

¹ L'outil initial, DiagFlash, a été conçu pour présenter de manière synthétique un ensemble d'informations sur l'identité, les activités et les finances des établissements, de manière à pouvoir les comparer, à l'échelle d'un territoire ou d'une région. Notons que DiagFlash n'intègre pas de dimension « qualité », c'est donc l'une des innovations d'Hospi Diag.

² Selon le site Internet du ministère de la santé, « Hospi Diag résulte d'un travail piloté par l'ANAP et ayant mobilisé pendant six mois une quarantaine d'experts (médecins, directeurs, financiers, directeurs des soins infirmiers, DIM...) et différentes instances nationales (DGOS, HAS, IGAS-CGES, ATIH). » (Dossier de presse Hospi Diag, juin 2010)

Figure 2. Les indicateurs de qualité mobilisés dans Hospi Diag¹



Un bref commentaire de l'axe « qualité » de cet outil est intéressante pour deux raisons. D'abord, il révèle un nouvel investissement institutionnel de mesures de la qualité : on retrouve les IQ de lutte contre les infections associées aux soins développés par le ministère, ainsi que les indicateurs généralisés (ou en cours de généralisation) par la HAS, mais aussi le résultat à certaines « pratiques exigibles prioritaires » de la certification qui donneront lieu à un recueil spécifique par les experts visiteurs, permettant d'alimenter les bases d'Hospi Diag. Cet investissement dans la mesure reprend donc à son compte les outils existants et dote ces indicateurs d'une visibilité supplémentaire. Ensuite, cet outil rapproche qualité et efficacité économique, au sein d'un outil intégré de « performance ». Porté comme un outil à visée « universelle », Hospi Diag est porteur d'un usage social particulier de cette mesure, puisqu'il a vocation à être le support, le « socle commun » d'une contractualisation entre la direction des établissements et les Agences régionales de santé (ARS), qui pourront s'appuyer sur les indicateurs de leur choix pour établir les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Si la logique du « contrat » est présente depuis longtemps dans les réformes hospitalières, elle prend une visibilité renouvelée depuis le début des années 2000. En atteste notamment la réorganisation des établissements publics en « pôles » d'activité, dotés d'une certaine autonomie budgétaire, dirigés par un médecin gestionnaire et qui doivent contractualiser avec la direction de l'établissement, ainsi que les articles de la loi hospitalière de 2009 qui renforcent la tutelle régionale et formalisent davantage la contractualisation entre Agences régionales de santé (ARS) et établissements. L'ANAP se saisit véritablement de cet usage en puissance : cette possibilité de s'appuyer sur Hospi Diag pour négocier

¹ Source : présentation en ligne sur le site de la Haute Autorité de santé, 2011.

avec les établissements est fortement mise en avant. La doctrine d'usage de cette contractualisation reste toutefois très floue : la dotation de certaines enveloppes pourrait par exemple être conditionnée à la progression de l'établissement sur certains indicateurs. Il est également envisageable de valoriser les meilleures performances à l'échelle régionale, ou de sanctionner les moins bons établissements sur tel ou tel indicateur jugé prioritaire. Pour ses promoteurs, avant d'éclaircir ces usages, l'outil doit s'imposer comme consensuel, être accepté par tous comme une référence commune de la négociation.

« C'est la "poignée de main", la "porte d'entrée". Il n'y a aucun de ces indicateurs qui est une "vérité révélée" en lui-même, par contre il va orienter vers une capacité à comparer [...]. Avant, vous arriviez dans un CHU, et vous disiez "on a fait nos calculs, vous avez tant de pourcents de chirurgie ambulatoire". Le médecin DIM du CHU disait "non on a X%" et puis l'ARH disait "non non, on a Y%". Là, [...] il y a un consensus, une définition "officielle". » (Economiste de la santé à l'ANAP, entretien I-1)

Cet usage implique de constituer un outil « pousse-bouton » capable d'afficher automatiquement les résultats des établissements aux différents indicateurs. Ce fait a des conséquences importantes sur les caractéristiques de l'outil. Les indicateurs retenus sont des indicateurs à l'échelle de l'établissement de santé, qui permettent d'établir un état des lieux et de mesurer une évolution, mais en aucun cas de rentrer dans la compréhension des processus permettant d'expliquer le résultat à tel ou tel indicateur. Pour cette raison, le tableau de bord s'adresse plus aux gestionnaires des établissements et de la tutelle régionale qu'aux professionnels des services. En parallèle des premières réflexions concernant le paiement à la performance, l'outil Hospi Diag est donc également porteur d'un rapprochement, encore peu abouti, entre le volet financier et le volet qualité de la régulation hospitalière, sans pour autant lever toutes les difficultés liées au paiement à la performance : l'agrégation des différents indicateurs d'un axe et, *a fortiori*, des différents axes, ne va pas de soi.

Tous ces nouveaux usages possibles des indicateurs, composés ou recomposés progressivement entre 2006 et 2010 selon des logiques variées, font de manière concomitante l'objet d'un travail intellectuel, au sein du projet COMPAQH.

4) COMPAQH-2 : un projet institutionnalisé, qui travaille les usages des IQ

L'année 2006 constitue également une année de « transition » pour COMPAQH. Le projet est reconduit au printemps 2006 pour trois ans comme une structure de recherche et d'expérimentation de la mesure. Son cheminement au cours de cette deuxième étape se fait donc en interaction étroite avec celui des institutions publiques. L'évolution du projet est marquée par un cadrage institutionnel croissant, lié à cet intérêt plurivoque des institutions publiques pour les IQ. Réciproquement, le projet joue un rôle majeur dans la construction de cet intérêt, notamment en cadrant cognitivement les différents usages possibles des indicateurs, en irriguant les jeux institutionnels d'idées, de raisonnements, tout en prenant soin de ne jamais trancher entre les différents usages afin de ne pas saper le « compromis » institutionnel autour duquel les IQ prennent forme.

Le cadrage institutionnel croissant du projet

Le projet connaît entre 2007 et 2009 une formalisation croissante de son organisation, qui va de pair avec un cadrage institutionnel plus prégnant, qui est d'abord visible dans l'élargissement de l'assise du projet. COMPAQH accroît ses soutiens institutionnels : la DREES s'engage financièrement dans le projet, l'Assurance Maladie et la conférence des directeurs d'Agences régionales soutiennent dorénavant le projet (COMPAQH 2007a). A la fin de la période, l'ANAP y est également associée. Toutes ces organisations s'enrôlent dans le projet, et entendent avoir leur mot à dire dans ses activités. Le panel des établissements de test est également en partie renouvelé, et élargi. Cette institutionnalisation du projet prend aussi la forme de « circulations » de trois chercheurs COMPAQH, qui le quittent pour rejoindre respectivement la HAS, le ministère, et la fédération française des centres de lutte contre le cancer (FFCLCC). La circulation de ces chercheurs, recrutés notamment en raison de l'expertise qu'ils ont développée au sein de COMPAQH, témoigne de l'ancrage croissant du projet dans le paysage institutionnel.

Cette institutionnalisation croissante va de pair avec une formalisation plus grande du dispositif de son pilotage, qui passe dès lors moins par des relations interpersonnelles que lors de la première étape, plus exploratoire¹. Le « comité stratégique » de la généralisation des indicateurs, composé en 2006 autour de la HAS, de la DHOS et de la DREES, est chargé de donner les grandes orientations, qui sont validées au sein du vaste « comité de pilotage » du projet². Cette formalisation témoigne de l'intérêt croissant accordé au projet par les institutions publiques, dont les exigences deviennent également plus précises et plus pressantes, dans une relation d'expertise plus contrôlée.

« Est-ce qu'on dit "COMPAQH, vous avez un plan de recherche, on finance 3 ans et puis on vous laisse autonome dans la modalité de mise en œuvre" ou "vous êtes payés pour faire la revue de littérature, c'est marqué en page 18, et tel indicateur, et vous devez faire tant d'indicateurs par an". Dans cette période-là, c'est devenu un point de discussion. » (Entretien avec un chercheur participant au projet COMPAQH)

Si les chercheurs continuent de disposer d'une marge de manœuvre incontestable dans leur travail, celui-ci est davantage cadré par les institutions publiques, qui ont des attentes plus fortes vis-à-vis de la démarche de généralisation d'indicateurs, qui n'en est plus à sa phase « exploratoire ». Ce contrôle croissant est visible dans les travaux sur les « usages » possibles des indicateurs généralisés, qui sont commandés par les institutions publiques en fonction de leurs intérêts émergents pour les indicateurs.

COMPAQH-2 affiche, en effet, deux grands types d'objectifs de travail, présentés dans un rapport suite à l'année de « transition » (COMPAQH, 2007b). Il s'agit, d'abord, de poursuivre le

¹ Au cours de cette phase, plusieurs acteurs pionniers, personnellement engagés au sein des instances dirigeantes des institutions dans le soutien de COMPAQH-1, sortent du jeu. C'est le cas notamment d'Alain Coulomb et de Philippe Burnel qui quittent la HAS fin 2006 et s'éloignent de la thématique des indicateurs.

² Coprésidé par la DGOS et la HAS, le comité est composé de représentants des fédérations, des conférences, des usagers, de la DICOM (délégation interministérielle de la communication) et de l'ATIH (Agence de traitement de l'information hospitalière), ainsi que des principaux chercheurs qui travaillent sur les indicateurs.

travail métrologique de sélection, d'élaboration et de validation des indicateurs, à partir de la méthode formalisée lors de l'étape précédente. Les indicateurs étudiés par COMPAQH-1 et qui n'ont pas été généralisés sont répartis en trois catégories : huit « indicateurs à poursuivre » ; seize « indicateurs à reprendre », quatre « indicateurs à abandonner » ; le projet initie le travail sur une nouvelle liste d'une vingtaine « d'indicateurs à débiter ». Il s'agit, ensuite et surtout, de travailler plus précisément les logiques d'usage des IQ, qui s'imposent comme une question cruciale.

Le cadrage cognitif d'une pluralité d'usages compatibles

La première période du projet COMPAQH est surtout marquée par le développement d'une méthode de production d'indicateurs validés. A partir de la mise en circulation des premiers indicateurs estampillés « généralisables », les institutions publiques commencent à s'interroger plus précisément sur leurs usages concrets, et à demander des travaux de recherche à ce sujet aux chercheurs de l'équipe COMPAQH, qui renouent bien volontiers à cette occasion avec leurs premières interrogations de gestion ou d'économie de la santé, qui étaient passées au second plan par rapport au « pragmatisme métrologique » de la première phase du projet. Ces travaux sont importants, parce qu'ils sont diffusés dans le petit monde des experts de la « nébuleuse réformatrice » (Topalov (dir.), 1999) qui s'est agrégée autour des indicateurs. Souvent cités lors des entretiens, ces travaux ont des effets de conviction sur les acteurs, et irriguent les réflexions qu'ils mènent à l'intérieur des différentes institutions. Pour schématiser, on peut distinguer trois modes d'utilisation des IQ travaillés par les chercheurs-experts, à travers des publications académiques et institutionnelles.

En premier lieu, le « pilotage interne » de l'établissement par le biais des IQ, qui est une thématique chère à la HAS, est bien mis en avant par COMPAQH-2 : le projet s'intéresse aux modalités d'utilisation et d'implantation des indicateurs pour le pilotage de la qualité à l'échelle d'un établissement, et aux variables qui peuvent expliquer une « amélioration de la qualité » à partir de ces usages internes aux établissements (COMPAQH 2007a, p. 14). Le lien entre les IQ, la certification et « l'évaluation des pratiques professionnelles » est mis au cœur de certains travaux, comme en atteste la « note d'information » coécrite par E. Minvielle et par la responsable du service IPAQSS de la HAS, publiée dans le *Journal d'Economie Médicale* (Gardel et Minvielle, 2008). Ce n'est toutefois pas le type d'usage qui mobilise le plus les chercheurs.

Ce sont plutôt, en deuxième lieu, les usages de la « diffusion publique » de résultats, qui sont de nouveau mis en débat à cette époque. Des travaux sont engagés, notamment sous l'impulsion de la DREES, qui prend en charge la diffusion d'informations sur le site *PLATINES*, et continue à développer une approche prudente de la logique de « classements », attentive à la robustesse des mesures et à la qualité des méthodes (COMPAQH 2007a, p. 14-15). La direction scientifique du ministère est en quête d'arguments permettant d'étayer l'utilité d'une telle diffusion d'indicateurs. Au cours de cette période, COMPAQH-2 produit des analyses plus poussées sur les mécanismes par

lesquels on attend des effets de la diffusion publique. Le cadre conceptuel développé dès le début des années 2000 (de Pouvoirville et Minvielle, 2002), mettant en avant la logique de la « reddition de compte » et d’incitation à l’amélioration de la qualité par l’affichage public d’informations, est notamment prolongé dans un rapport intitulé *Les mécanismes de régulation de la qualité. Définition d’une typologie générique et application au service hospitalier* (Pouthier et COMPAQH, 2006) puis dans un article intitulé *Le classement des hôpitaux : une nouvelle manière de rendre des comptes* (Schilte et Minvielle, 2007). Ces publications analysent les différents mécanismes de régulation de la qualité (autorégulation professionnelle, réglementation, incitation économique, diffusion publique), en faisant référence à des savoirs économiques, sociologiques, gestionnaires, de psychologie sociale ou cognitive. Dans leurs conclusions, ces analyses ne tranchent pas par rapport à ces différents usages, et proposent plutôt une démarche de « compromis » entre un usage interne et externe de la diffusion de mesures (Schilte et Minvielle 2007, p. 36). Sur l’insistance de la DREES, COMPAQH-2 réalise même une troisième revue de littérature au sujet de la diffusion publique (COMPAQH-Inserm, 2009), faisant suite à celles commandées précédemment par la HAS (Daucourt, 2006; Fermon et Lévy, 2005), et venant s’ajouter au flux d’informations à ce sujet circulant au sein du monde institutionnel. Le document rappelle les objectifs de la diffusion publique (accroître le niveau d’information des citoyens sur le fonctionnement du système de soins ; accroître sa performance en créant des incitations à l’amélioration de la qualité des soins), et présente différentes initiatives. Une place importante est accordée à la question de l’impact de la diffusion publique, en termes de transparence pour le citoyen, de choix éclairé pour l’usager, d’information pour le régulateur, d’incitation à l’amélioration pour le professionnel. Le rapport met en évidence des « points forts » de la diffusion publique, qui, selon les auteurs, a des effets croissants sur les professionnels. Si le propos est nuancé, puisqu’il souligne également les risques d’effets pervers ou le caractère limité des effets constatés, la démarche n’est pas remise en cause dans son principe. Ce document infléchit les conclusions des revues de littérature précédentes : partant plutôt du principe de l’inévitabilité de l’affichage public croissant des indicateurs de qualité, il cherche à définir des modalités « optimales » de sa mise en œuvre, et propose des « principes d’application au contexte français » (COMPAQH-Inserm, 2009, p. 38) réunis en six propositions très consensuelles : assurer la compréhension du grand public, définir les objectifs et les thèmes retenus, garantir la crédibilité des résultats, assurer une économie dans le recueil, accompagner les professionnels dans leurs efforts d’amélioration et évaluer l’impact de la diffusion publique.

C’est, en troisième lieu, l’objectif d’un « financement de la qualité » qui commence à être davantage travaillé par le projet COMPAQH, dans une optique « exploratoire » qui intéresse alors surtout l’Assurance Maladie, la DHOS, et l’ANAP, notamment dans les liens qu’elle peut entretenir avec la contractualisation. Cet usage en matière de régulation économique n’apparaît pas *ex nihilo* : il est présent dès les premiers travaux sous l’égide de l’UHP, et cette idée correspond à l’un des points d’intérêts des chercheurs en gestion de la santé. Elle est toutefois amenée très progressivement au sein

des publications du projet COMPAQH. Mentionné dès l'origine du projet (Minvielle et al., 2003), le thème monte progressivement en puissance à partir de cette époque (COMPAQH, 2006b; E. Minvielle et COMPAQH, 2005; E. Minvielle, 2005a), jusqu'à être présenté comme un véritable « objet d'étude » scientifique en 2007 :

« L'objectif est de produire une meilleure connaissance de la pertinence d'un recours à des incitations financières pour améliorer la qualité. Cette analyse nécessite deux opérations de recherche : l'une vise à comprendre et valider les soubassements théoriques des expériences anglo-saxonnes du "Paying for Quality". Il s'agit de distinguer les outils et leurs modes d'utilisation. Il convient de définir un cadre qui fixe un emploi optimal des modes d'incitation permettant d'identifier les facteurs-clés qui favorisent ou au contraire gênent leur efficacité ; l'autre vise à développer une étude économétrique "coût-qualité" dans le cadre des infections nosocomiales. » (COMPAQH 2007a, p. 15)

A la fin de cette période, cette idée est également nourrie par les travaux d'experts qui assurent le suivi de la mise en œuvre de la tarification à l'activité, et qui pointent les risques d'effets d'ajustement des établissements sur la qualité. Le second rapport d'activité du Comité d'évaluation de la T2A, publié en 2009 sous la forme d'un document de la Série *Etudes et Recherches* de la DREES met clairement l'accent sur ces risques :

« La réduction des coûts pourrait aussi donner lieu à des stratégies indésirables de contournement, telles que la dégradation de la qualité des soins. [...] Pour réduire les coûts, il pourrait être envisagé de diminuer la quantité ou l'intensité des soins, de raccourcir excessivement la durée de séjour, quitte à réadmettre ensuite le patient dans le même service peu de temps après son premier séjour, ou encore d'assouplir le suivi des règles d'hygiène et de sécurité. [...] Face à ce risque potentiel, la question de la mesure de la qualité devient essentielle » (DREES, 2009, p. 39).

Les travaux de COMPAQH puisent alors dans les expériences anglo-saxonnes, et notamment par l'expérience anglaise du « *Quality and Outcomes Framework* » (QOF), introduit en 2004 dans le *National Health Service*. Dans cette perspective, COMPAQH-2 organise en février 2008 un séminaire sur le paiement à la performance (« P4P »), en collaboration avec la DHOS, la HAS, et l'Assurance Maladie, auquel nous avons déjà fait référence précédemment. Le rapport qui fait suite à ce séminaire propose dix principes afin d'accompagner « *l'éventuel développement de cette forme de rémunération en France* » (COMPAQH, 2008a, p. 2). Le message final n'est pas dénué d'ambiguïté, puisqu'il apparaît inexorable d'avancer dans cette direction, en dépit des légitimes interrogations soulevées par les difficultés méthodologiques. Notons que la même année, l'IGAS s'intéresse également à cette question, et publie un rapport intitulé « *Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères* » (Bras et Duhamel, 2008).

De manière plus générale, cette volonté de travailler cognitivement les usages des IQ est régulièrement affichée dans les rapports d'activité (COMPAQH, 2008b, 2009, 2010a). Elle donne lieu à plusieurs publications académiques en gestion de la santé (Bérard et al., 2009; Corriol et al., 2008). Elle reflète tout autant l'appétence nouvelle des institutions vis-à-vis des premiers IQ dont elles disposent, chacune espérant en faire un usage particulier, qu'une première forme de « maturité » de

l'expertise française, qui peut s'appuyer sur les premiers IQ robustes et légitimes pour contribuer à la littérature internationale qui a pris son essor depuis les années 1990. Ce sont des usages pluriels, dont la compatibilité n'est pas véritablement questionnée, qui sont au cœur du cadrage opéré par le projet.

« Il y a un petit côté "canard sans tête" au système. Il n'y a pas de vision stratégique unique. Chacun fait son plan stratégique... Mais toujours est-il que ça avance... Pas forcément avec cohérence... »

Entretien avec un acteur institutionnel, 2011

« 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

Entre 2006 et 2010, les indicateurs de qualité suscitent un engouement surprenant au vu des réticences qui ont marqué les trois années précédentes. L'investissement institutionnel à bas bruit se mue progressivement en un engagement plus franc et plus formalisé de la part des institutions, qui déploient une instrumentation d'action publique à grande échelle. En quelques années, les indicateurs s'institutionnalisent au cours d'un processus, complexe, non linéaire, incrémental (Lindblom, 1959). Au sein d'une régulation sanitaire plurielle et éclatée, le motif cognitif en faveur de la mise en transparence de la qualité à l'hôpital progresse en fait par « à-coups », à la suite de « coups » tactiques de la part d'acteurs qui se saisissent des indicateurs pour ne pas les voir leur échapper, en les inscrivant dans des enjeux institutionnels plus larges. Travaillées de l'intérieur par les promoteurs des IQ, irriguées par les flux d'idées mises en chantier par COMPAQH-2, par les revues de littérature, par d'autres sources, les différentes institutions en viennent progressivement à s'engager dans le processus, non sans tensions et voix dissonantes en interne. En 2010, les indicateurs font partie intégrante des pratiques institutionnelles. Ils sont généralisés à grande échelle.

Si les « tensions » autour des indicateurs ne se muent pas en véritable conflit entre régulateurs, c'est parce que cette institutionnalisation se fait sous la forme d'un *compromis* incarné dans cette étrange instrumentation d'Etat, cadrée de manière à rester ouverte sur un ensemble d'usages encore émergents, dont aucun ne s'impose véritablement dans les pratiques. La mesure d'Etat de la qualité hospitalière à des fins de comparaison et d'affichage public est maintenant conçue à la fois comme un instrument d'objectivation de la certification, comme un levier sur la politique nationale de lutte contre les infections nosocomiales, comme un dispositif de transparence vis-à-vis des usagers, comme un équipement de communication politique, comme un outil de contractualisation régionale, et comme un potentiel dispositif de paiement à la performance. Cette dimension composite des indicateurs autour d'une pluralité d'usages possibles mais peu effectifs est la condition *sine qua non* des investissements dont ils font l'objet. Ce processus trouve un aboutissement à la fin de cette période.

3. Quand les indicateurs sont formellement institutionnalisés (2009 - 2011)

L'action publique par les indicateurs en vient finalement à être successivement inscrite dans la loi hospitalière de 2009 (1), placée au cœur d'un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 2010 (2), et positionnée officiellement sous la responsabilité de la Haute Autorité de santé en 2011 (3). Cette institutionnalisation formelle révèle la légitimité croissante du motif cognitif, et la renforce considérablement, d'une manière plutôt paradoxale. D'un côté, l'institutionnalisation formelle des IQ stabilise la démarche de leur généralisation. Les IQ sont reconnus comme des dispositifs d'action publique à part entière. La « consistance » des mesures étant largement liée aux « institutions de l'Etat, à leur solidité, à ce qui fait que les individus traitent ces institutions comme des choses, sans les remettre en cause à tout instant » (Desrosières, 1993, p. 181), les indicateurs et leurs logiques se trouvent en quelque sorte « solidifiés » par le soutien formalisé dont ils font l'objet. D'un autre côté, cette institutionnalisation formelle, en affirmant l'importance nouvelle accordée à l'auditabilité des hôpitaux, introduit de l'instabilité, puisqu'elle met en exergue les faiblesses des premiers IQ et les failles de leur construction au fil de l'eau. Elle appelle en fait les institutions publiques à rationaliser leurs mesures, et à faire un usage plus affirmé des IQ à l'avenir. Cette institutionnalisation formelle résulte de la recomposition de la régulation publique autour des indicateurs, dont elle est un révélateur.

1) L'inscription consensuelle des IQ dans la loi HPST

Plus de six ans après la commande politique du ministre pour un tableau de bord des infections nosocomiales, les IQ d'Etat sont inscrits dans la loi portant réforme de l'Hôpital, adoptée fin 2009¹ (loi HPST). Cet événement marque un moment crucial : il montre l'importance qui est finalement reconnue au motif par les pouvoirs publics. A sa manière, il révèle bien le succès de l'entreprise de construction d'indicateurs *consensuels*, permettant à l'Etat de reprendre la main sur la question de la « transparence ». Dans les débats parlementaires pourtant particulièrement houleux de la loi HPST, ils sont mobilisés par la majorité comme par l'opposition comme des outils de connaissance et d'intervention pragmatiques, sans charge idéologique propre, « non politisés » plutôt que « dépolitisés » (Bezes, 2004).

Un consensus politique autour de l'affichage obligatoire des IQ

L'obligation pour les établissements d'afficher publiquement leurs résultats aux IQ généralisés est inscrite dans la loi HPST². L'un de ses premiers décrets d'application prévoit que les directeurs des

¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

² Art. L. 6144-1 du Code de la santé publique (CSP)

ARS ont le pouvoir de sanctionner financièrement les établissements qui refuseraient d'afficher leurs résultats, à hauteur d'un maximum de 0,1% de leur dotation financière¹. Il ne s'agit ni de valoriser les bons résultats, ni de sanctionner les mauvais, mais bien d'obliger réglementairement les établissements à se saisir des indicateurs de qualité et à jouer le jeu de la transparence des résultats.

Cette inscription dans la loi est le résultat de l'ensemble des investissements institutionnels qui l'ont précédée. Le cabinet de Roselyne Bachelot et la DHOS ont été en première ligne pour la porter afin de renforcer davantage le tableau de bord des infections nosocomiales. La HAS et la DREES ont vu dans cette inscription une manière de pérenniser la démarche dans laquelle elles s'étaient engagées depuis quelques années, très directement pour la HAS, plus indirectement à travers le site *PLATINES* pour la DREES. Mais le consensus n'est pas uniquement institutionnel, il se joue aussi à un niveau plus politique. S'il s'agit d'un point relativement « mineur » d'une loi de grande envergure, les IQ sont néanmoins abordés à plusieurs reprises dans les débats parlementaires. Les échanges qui ont présidé à l'inscription des IQ dans la loi montrent que la mesure de la qualité à vocation d'affichage public fait alors l'objet d'un accord au sein des différents partis.

C'est le 12 février 2009, lors d'une séance de discussion de la loi HPST à l'Assemblée Nationale, qu'est proposée l'obligation pour les établissements d'afficher les résultats des IQ, à travers deux amendements très similaires, l'un émanant du rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales chargée d'étudier le projet de loi², l'autre émanant du groupe d'opposition socialiste, radical, citoyen et divers gauche³. Les amendements reçoivent un avis favorable du Gouvernement, et sont adoptés. Dans sa défense de l'amendement du groupe d'opposition, Marisol Touraine souhaite même aller plus loin que le projet de loi, en insistant sur la nécessité de sanctions « administratives » plus fortes en cas de non-conformité que les simples sanctions financières. Les acteurs politiques font bloc dans la reprise en main par l'Etat des informations publiées au sujet de la qualité et de la sécurité des soins. A travers des propos très révélateurs, Jean Mallot, député du parti socialiste, fait par exemple référence aux palmarès hospitaliers, à leurs « dérives », et à un « sens des responsabilités » apolitique.

« Nous montrons collectivement notre sens des responsabilités en proposant l'instauration d'un système d'indicateurs objectifs. [...] Ce système permettrait d'éviter de laisser le soin à d'autres d'établir ces comparaisons, de les répandre dans les médias et d'en faire du sensationnel, ce qui risquerait d'aboutir à des effets qui ne sont pas toujours positifs et qui peuvent être contestés. [...] Il est important que la puissance publique se dote d'indicateurs objectifs, transversaux, qui soient les mêmes pour tout le monde et dont l'utilisation soit maîtrisée de manière que nos concitoyens disposent de cette information objective. » (Extraits des débats en séance à l'Assemblée Nationale, 12 février 2009)

¹ Décret n° 2009-1763 du 30 décembre 2009 relatif aux dispositions applicables en cas de non-respect de la mise à disposition du public par les établissements de santé des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

² C'est alors Jean Marie Rolland, rapporteur sur le projet de loi et député UMP, qui défend l'amendement n° 289 en séance.

³ L'amendement n° 1108 est défendu par Marisol Touraine et Jean Mallot, tous deux députés PS. Marisol Touraine sera nommée par la suite ministre des Affaires sociales et de la Santé, le 16 mai 2012.

On voit à quel point ces propos, parmi d'autres, sont proches de ceux tenus par les différents ministres de droite qui se sont succédés depuis 2003, notamment ceux de Xavier Bertrand et de Roselyne Bachelot mis en exergue dans la section précédente. Si les acteurs politiques s'entendent sur cette instrumentation, c'est d'abord parce qu'elle leur semble permettre d'éviter un blâme collectif de la classe politique sur la question de la transparence aux usagers.

Un consensus politique ambigu

Derrière cet accord général sur le principe de la transparence, ce sont en fait différents usages des IQ d'Etat qui « parlent » aux différents acteurs politiques, évoquant un « consensus politique ambigu » bien mis en évidence par B. Palier en ce qui concerne le rôle des instruments dans les changements de logique de la protection sociale : « *si la plupart des acteurs concernés sont favorables aux nouvelles mesures, c'est le plus souvent pour des raisons bien différentes, et parfois contradictoires* » (Palier, 2004, p. 227). Dans une logique emprunte de nouveau management public, les acteurs de la majorité voient alors 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'hôpital¹. Les « quelques indicateurs de mortalité » demandés en personne par Nicolas Sarkozy en 2008 sont emprunts d'une logique de management de la performance assumée comme un projet politique. Mais de manière plus surprenante, les indicateurs sont mobilisés par des députés et sénateurs d'opposition, qui s'appuient sur ce dispositif pour porter leurs propres idées politiques.

Un bon exemple de cet usage argumentatif des indicateurs réside dans les prises de position du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche. Tout au long des débats qui ont marqué la première lecture du projet de la loi HPST au Sénat, les sénateurs de ce groupe 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, que ce court extrait de la séance du 12 mai 2009 donne bien à voir :

« M. François Autain². Désormais, tout converge vers la privatisation de notre système de santé ! [...] Cette remise en cause de notre modèle a déjà eu et aura des conséquences désastreuses sur l'hôpital public. [...] La sécurité et la qualité des soins ne sont plus garanties et, paradoxalement, ce projet [de loi] est muet sur le mode de financement de l'hôpital, qui est pourtant la principale cause de la crise sans précédent traversée par ce dernier. » (Extraits des débats en séance au Sénat, 12 mai 2009)

La charge porte également sur le déploiement d'outils de gestion issus du secteur marchand dans le service public hospitalier. Sur un registre légèrement différent, le sénateur dénonce également les effets délétères du nouveau management public en termes de bureaucratisation et de technocratisation

¹ Cette expression provient du discours de Nicolas Sarkozy, le 17 avril 2008, à l'hôpital de Neufchâteau.

² François Autain est passé par le Parti Socialiste Unitaire, avant de rejoindre le PS en 1974, puis le PG en 2008.

du système de santé, au mépris de formes de contrôle plus démocratiques. On pourrait donc s'attendre à une dénonciation des indicateurs de qualité comme participant à cette logique de « performance », de « nouveau management public » emprunté à la logique du secteur marchand. Mais il n'en est rien. 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-hospitalière¹* ». Quelques mois plus tard, lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, François Autain défend cette idée. Ce sénateur, médecin de formation et investi sur les questions de santé, a visiblement lui aussi été travaillé par les informations mises en forme par les chercheurs dans les années qui ont précédé. Il s'appuie pour cela d'une étude de l'IRDES soulignant le retard pris par la France en matière de mesure de la qualité des soins (Or et Com-ruelle, 2008), ainsi que sur les premiers résultats de l'étude ENEIS consacrée aux « événements indésirables » (Michel et al., 2005), dont il fait un usage orthogonal par rapport à la demande du président de la République en 2008 pour des indicateurs de mortalité :

« Les auteurs de cette étude imputent une partie des causes de ces événements à des problèmes d'organisation des établissements, mais aussi aux contraintes financières, le manque de moyens étant l'un des principaux responsables de la survenue de ces accidents. Le sujet est donc tout à fait dans le cadre de la mise en œuvre de la tarification à l'activité, puisque celle-ci a des conséquences en matière organisationnelle et matérielle sur les établissements de santé. » (Extraits des débats en séance au Sénat, 14 novembre 2009)

Cet exemple est révélateur de la nature ambiguë du consensus politique qui s'opère autour des indicateurs de qualité. Ce sénateur ne considère pas les indicateurs de qualité comme un objet idéologiquement chargé. La mesure est plutôt considérée comme un instrument technique, un moyen de connaissance, qui pourrait être mobilisé pour dénoncer les effets d'une tarification à l'activité considérée comme hautement chargée d'enjeux politiques. Si le principe de la mise en transparence et la volonté des acteurs politiques d'éviter un blâme vis-à-vis des patients-électeurs est partagé, les usages éventuels de cet objet mineur, peu mis en avant au-delà du principe très général de transparence, sont suffisamment équivoques pour donner lieu à des mobilisations contradictoires.

Quoiqu'il en soit, cette inscription dans la loi confère véritablement à l'affichage des résultats aux IQ un caractère contraignant, susceptible de construire leur capacité à être pris pour acquis par chaque établissement de santé français, sous peine d'une sanction financière. De manière plus paradoxale, la loi HPST et son décret d'application soulèvent aussi deux nouveaux problèmes. D'abord, ils ne prévoient des sanctions qu'en cas de « non affichage » des IQ, et non en cas de « mauvais résultats ». Ensuite, ils laissent ouvertes les questions du contenu-même des indicateurs à afficher, qui est appelé à évoluer dans les années qui suivent, ainsi que le type d'usages que peut en faire « le régulateur », lui-même indéfini, appelées à être précisées chaque année par décret. En d'autres

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

termes, cette inscription dans la loi ne tranche pas entre les différents « demi-usages » des IQ. Ce sont notamment ces problèmes qui conduisent l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) à se saisir du sujet, quelques mois plus tard.

2) Le rapport de l'IGAS : entre légitimation des IQ et formulation de leurs faiblesses

En juillet 2010, l'IGAS publie un *Rapport sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé* (Bras et al., 2010). A partir d'une série d'entretiens auprès des acteurs institutionnels investis dans la production d'informations à vocation d'affichage public et d'une analyse bibliographique permettant notamment de porter un regard sur les expériences étrangères, ce rapport constitue, à sa façon, un deuxième moment important de l'institutionnalisation formelle des indicateurs. Il reprend à son compte l'impératif d'une information des usagers sur la qualité hospitalière, qu'il contribue à renforcer et à alimenter. Il marque un tournant, en rendant public un premier « état des lieux » de la démarche française d'indicateurs d'Etat, tout en contribuant à formuler ses faiblesses, ses limites, ses incertitudes, et les pistes qui doivent permettre de la rationaliser. Il s'ajoute aux éléments de nature cognitive qui irriguent les réflexions et les usages institutionnels des IQ au tout début des années 2010. Son apport propre est de diffuser largement l'impératif d'une rationalisation matérielle du motif cognitif (Benamouzig, 2005, p. 13), qui vise à accroître la pertinence concrète des IQ en matière d'usages pratiques, quitte à sacrifier une partie de la robustesse formelle qui a été bâtie pas à pas. En d'autres termes, le rapport appelle à un « recadrage » de la mesure, qui appelle à son renforcement.

Des « demi-mesures » qui prêtent le flanc à la critique

Le rapport agence sous une forme synthétique la plupart des réflexions qui se sont fait jour entre 2005 et 2010, autour de la démarche de généralisation d'indicateurs de qualité à des fins d'affichage public. Dans le rapport, les IQ apparaissent comme des « demi-mesures » robustes et bien acceptées par les professionnels, mais dont la conception et le déploiement prête le flanc à plusieurs critiques.

Le rapport dénonce d'emblée le manque de stratégie d'ensemble, « *l'émiettement du dispositif de pilotage de la production d'informations* » et la « *faiblesse de l'investissement* » dans la production d'informations à destination des usagers (Bras et al., 2010, p. 3) : les moyens financiers investis sont jugés insuffisants, le fait que le suivi des projets repose sur un nombre restreint d'acteurs au sein de chaque institution est dénoncé comme l'indice d'un manque de volonté. Le contrôle exercé par les institutions publiques sur « l'opérateur » COMPAQH est mis en question (Bras et al., 2010, p. 22). Le rapport souligne à quel point cette rhétorique des « indicateurs pour tous », construits au fil de l'eau, s'est traduite concrètement dans un ensemble d'usages inaboutis pour les indicateurs.

Le rapport insiste surtout sur les limites de la « transparence » affichée sur le site *PLATINES* à partir des IQ. Cette transparence est jugée insuffisamment parlante pour les usagers : « *l'examen de la situation française montre que les informations diffusées vers le grand public à l'initiative des pouvoirs publics sont actuellement très pauvres. Même si les indicateurs de processus se développent, il n'existe pas de données sur les résultats. L'information disponible est rarement présentée sous une forme comparative. La satisfaction des patients n'est pas mesurée de manière homogène. Les données ne sont pas présentées sous une forme synthétique et agrégée* » (Bras et al., 2010, p. 3). Sans prendre parti clairement, le rapport souligne les choix différents réalisés dans les systèmes étrangers, et notamment par les gestionnaires du NHS britannique, qui ont choisi de sacrifier la robustesse métrologique de certains indicateurs à un usage politique clair en termes d'affichage public vis-à-vis des patients, notamment à travers le système des « comptes qualité » du *Quality and Outcomes Framework* (Bras et al., 2010, p. 43). Cette critique est également nourrie par l'association Le Lien, qui milite en continu pour faire évoluer les indicateurs vers des mesures plus facilement compréhensibles et utilisables par les patients et le grand public. L'usage des indicateurs en matière d'affichage public, déjà bien amorcé en 2010, est appelé à monter en puissance à partir de mesures agrégées, plus simples à comprendre, plus faciles d'accès, mieux présentées.

Le rapport explique ces limites d'un usage en matière de transparence comme la conséquence de la priorité accordée à l'appropriation professionnelle des IQ : « *tant la certification que la mise en place d'indicateurs et leur publication ont été fondamentalement envisagées dans la perspective de l'appropriation des résultats par les équipes des établissements sanitaires, afin qu'elles engagent, sous leur contrôle, des actions d'amélioration continue de la qualité* » (Bras et al., 2010, p. 24). Dans le même temps, ce sont pourtant justement les usages des indicateurs comme « levier d'amélioration sur les pratiques » qui sont jugés insuffisants. Si ce point est peu mis en avant dans le rapport de l'IGAS, ces indicateurs sont en 2010 perçus comme trop éloignés des pratiques du soin et des acteurs médicaux. La convergence inaboutie avec la certification nourrit les critiques des incohérences bureaucratiques à laquelle la HAS se montre sensible, au point de commanditer une étude sociologique visant à mieux comprendre les usages locaux des indicateurs, publiée en même temps que le rapport de l'IGAS, en juillet 2010 (Benamouzig et al., 2010)¹. Cette difficulté appelle le développement d'indicateurs plus proches de la pratique clinique et des résultats du soin, qui sont de plus en plus envisagés par les acteurs de la HAS.

On peut ajouter à ces critiques présentes dans le rapport de l'IGAS un dernier aspect, bien perçu par les acteurs institutionnels investis dans les indicateurs : les usages en termes de régulation économique restent embryonnaires. En 2010, les indicateurs sont encore très peu mobilisés dans la

¹ Précisons que nous avons participé à cette étude dans le cadre du projet IMGANI. Nous avons réalisé deux monographies dans la région Aquitaine, qui ont constitué deux des quatre terrains mobilisés dans la troisième partie de la thèse. Pour une explication plus détaillée du rapport entre le travail de thèse et ce projet de recherche collectif, voir l'annexe 2.

contractualisation entre Agences régionales de santé (ARS) et établissements. En dépit des premières explorations du sujet par le projet COMPAQH-2, aucun usage financier n'est en vigueur. Parmi les différents acteurs institutionnels, ce sont principalement la DHOS et l'ANAP qui appellent au développement de ces usages plus clairement régulateurs.

Cette agrégation d'usages inaboutis renvoie évidemment aux caractéristiques des indicateurs, qui sont pour la plupart des indicateurs de processus plus que de résultats, des indicateurs focalisés sur une dimension précise plutôt que des indicateurs agrégés, des indicateurs à l'échelle de l'établissement plutôt que des indicateurs à l'échelle d'une filière de soins par pathologie. Les inspecteurs de l'IGAS considèrent pourtant que les indicateurs de « résultat » doivent succéder aux indicateurs de processus.

*« On reste quand même dans ce qui est le moins agressif, quoi ! Et ça va être une longue maturation avant d'en arriver de ces indicateurs de processus à des indicateurs de résultats. Alors soit on dit "c'était nécessaire, l'indicateur de processus précède le résultat", soit on dit "ça témoigne d'une faiblesse politique vis-à-vis du milieu, il a fallu une acclimatation". »
(Inspecteur général des affaires sociales, entretien I-42)*

Le rapport de l'IGAS consacre d'ailleurs un paragraphe au groupe de travail mené par la DREES au sujet des indicateurs de mortalité suite à la demande présidentielle de 2008, en dénonçant le secret qui l'entoure, l'absence de publication de ses résultats, et en engageant les institutions publiques à « lever le soupçon » qui pèse d'une inaction par faiblesse politique (Bras et al., 2010, p. 55).

Autour de toutes ces critiques, les « demi-mesures » produites dans un premier temps appellent au développement de nouveaux IQ, susceptibles de permettre des usages plus aboutis. C'est finalement l'ensemble du système institutionnel engagé dans les indicateurs qui est interpellé et sommé d'affirmer sa démarche par le rapport. Les conclusions de l'IGAS portent d'autant mieux que les différents acteurs institutionnels ont eux-mêmes alimenté le rapport, en répondant aux questions parfois gênantes des inspecteurs du corps de contrôle.

Des institutions à la recherche d'usages plus affirmés pour un nombre croissant d'IQ

Au tournant de l'année 2010, les différentes institutions s'engagent dans plusieurs évolutions répondant aux critiques soulevées par la publication du rapport de l'IGAS. En premier lieu, cette quête de rationalisation matérielle prend la forme d'un recadrage institutionnel de la recherche en matière d'indicateurs susceptibles d'être généralisés. Les institutions publiques décident collectivement de renforcer la formalisation des procédures de financement des projets de recherche, et d'élargir le spectre de mesures produites par les experts en métrologie et susceptibles d'être utilisées. Pour les pouvoirs publics, il s'agit de mettre en concurrence différents projets, afin de s'émanciper de la dépendance aux indicateurs produits par la seule équipe COMPAQH. Ce troisième temps de la recherche sur les indicateurs est marqué non seulement par une réouverture des thématiques, mais également par un contrôle accru sur les activités cognitives des différents chercheurs.

« Les responsables d'administration en 2010 sentent que c'est un sujet clé pour leur administration. Ce qui n'était pas le cas en 2003. [...] Il y a une légitimité de l'action publique qui est très forte sur les indicateurs, et donc un rapport à l'expertise qui est quand même de la contrôler... » (Entretien avec un chercheur-expert en métrologie)

Pour la période 2010 – 2013, ce sont deux projets de recherches bien différents qui sont financés par les institutions publiques, à partir d'un appel à projet commun¹. Ces deux projets recouvrent en fait les deux « flux cognitifs » dont nous avons suivi l'influence depuis le début de l'histoire. Le premier n'est autre que le flux dominant du projet COMPAQH, reconduit pour trois ans sous un nom légèrement revu et adapté : « coordination de la mesure de la performance et de l'amélioration de la qualité : hôpital, patient, sécurité, Territoire » (COMPAQ-HPST). Le projet doit poursuivre le développement d'indicateurs dans les établissements de santé. Il est également chargé de pousser plus loin les réflexions sur les indicateurs de mortalité, et de développer des indicateurs de résultats sur plusieurs « filières de soins », autour de cinq thématiques de santé publique jugées prioritaires : diabète, cancer du sein, insuffisance rénale chronique, accident vasculaire cérébral, et syndrome coronarien aigu (COMPAQ-HPST 2010, p.7). COMPAQ-HPST est chargé de piloter une expérimentation sous l'égide du ministère de la Santé, dans un petit panel d'établissements, concernant le paiement à la performance à partir d'indicateurs de qualité des soins. Le second projet financé à partir de l'année 2010 est le « consortium Loire Atlantique Aquitaine Rhône-Alpes pour la production d'indicateurs en santé » (CLARTE), qui réunit pour l'occasion les chercheurs du comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA), des chercheurs du pôle d'information médicale des Hospices Civils de Lyon (IMER), et des chercheurs du pôle de santé publique et d'évaluation du Centre Hospitalier universitaire de Nantes (PIMESP)². CLARTE est chargé d'élargir la gamme des indicateurs, notamment en direction de nouvelles thématiques jusqu'ici laissées au second plan par la démarche nationale : indicateurs de ressources humaines, de satisfaction des personnels, et indicateurs mesurant la sécurité des soins à partir du PMSI³.

En second lieu, cette quête de rationalisation se traduit par l'amorce d'un travail à l'intérieur des institutions elles-mêmes. Dès l'année 2010, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) amorce un travail pour faire évoluer les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales vers un « tableau de bord V2 », dans le cadre du « plan stratégique de prévention des infections associées au soin 2009 – 2013 ». Il s'agit de faire évoluer l'ensemble des cibles des indicateurs vers des objectifs plus ambitieux, et d'aller plus loin en termes de classements sur des IQ de résultats. Par exemple, il est prévu de faire évoluer l'indice triennal mesurant le taux d'infections au SARM (*Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline), jusqu'ici utilisé essentiellement à des fins de suivi

¹ Le financement est alors assuré à 51% par la DHOS, à 33% par la HAS, à 16% par la DREES (Bras et al., 2010).

² Nous retrouvons dans ce projet de recherche Pierre Lombrail, dont nous avons déjà suivi une partie du parcours. Le projet CLARTE sera étudié dans le chapitre 4.

³ Il s'agit d'adapter les *patient safety indicators* (PSI) composés par l'*Agency for Healthcare Research and Quality* [AHRQ].

épidémiologique, vers une forme de classement public susceptible d'éclairer les usagers sur les risques encourus dans les établissements. Dans l'ensemble, il s'agit de faire du site « *PLATINES 2.0* » une véritable plate-forme d'informations pour les usagers, afin de renforcer les usages des IQ en termes de transparence et de démocratie sanitaire. Cela passe par le développement d'indicateurs de résultat, qui correspondent à la commande politique, mais doivent être d'autant plus rigoureux scientifiquement qu'ils sont sensibles politiquement. D'une certaine façon, la prudence est toujours de mise.

« Le ministère de la santé n'a pas volonté de faire la révolution ! Que le premier indicateur ne soit pas un indicateur de résultats, ça me paraissait logique. Maintenant, il faut aller plus loin. [...] Ca peut être quelque chose de politiquement difficile, donc il faut avoir une base scientifique forte ! » (Entretien avec l'un des acteurs du bureau qualité de la DGOS)

Cette quête de rationalisations passe également par le développement de la contractualisation autour des indicateurs qualité, qui est prônée par le ministère et l'ANAP, dans la droite ligne de la loi hospitalière de 2009 visant à renforcer la tutelle régionale. Cette intention est particulièrement visible dans le guide méthodologique pour l'élaboration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) diffusé par la DGOS en janvier 2012, qui prévoit notamment la rédaction d'une annexe intitulée « améliorer la qualité et la sécurité des soins », dans laquelle l'ARS peut demander aux établissements de s'engager à une amélioration de leurs résultats aux différents indicateurs de qualité généralisés. La DREES, de son côté, poursuit sa mobilisation autour des IQ de résultats, en partenariat avec l'Assurance Maladie et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), en travaillant à l'appareillement des données de mortalité du PMSI avec les données de mortalité générale, afin d'être en mesure d'établir une comparaison inter-hospitalière de la mortalité fiable à 30 jours. Mais l'institution qui met la plus en avant cette quête de rationalisation autour des IQ est sans aucun doute la HAS, qui est appelée à partir de 2011 à prendre en charge plus clairement encore la mesure comparative à but d'affichage public, et qui mérite pour cette raison une analyse spécifique.

3) Montée en puissance de la HAS et recomposition de la régulation hospitalière

En 2011, la « mission d'information des professionnels de santé et du public sur le bon usage des soins et les bonnes pratiques », attribuée à la HAS depuis sa création en 2004, est élargie au domaine des établissements de santé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012. La HAS a maintenant également pour mission officielle de « coordonner l'élaboration et assurer la diffusion d'une information adaptée sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers et de leurs représentants ». Cet événement constitue une troisième forme importante d'institutionnalisation formelle des indicateurs de qualité : ces derniers sont maintenant placés sous la responsabilité officielle de la HAS. Cette évolution correspond d'ailleurs à la principale recommandation du rapport de l'IGAS (Bras et al., 2010, p. 70), qui a argumenté cette recommandation en mettant en avant l'indépendance de la HAS vis à vis du politique, perçue comme un gage de sa capacité à porter un projet de long terme tout en mobilisant professionnels et

établissements. Cinq ans après la première décision du Collège de s'emparer de l'auditabilité des hôpitaux, le temps n'est plus à la tergiversation. Cette nouvelle mission révèle tout à la fois la montée en puissance de la HAS dans la régulation de l'hôpital, et l'évolution de son positionnement institutionnel. Le motif cognitif a bel et bien contribué à « mettre en mouvement » (Benamouzig, 2005, p. 8) la Haute Autorité de santé dans les années 2000.

Autonomisation de la HAS et compétition autour de la régulation publique de l'hôpital

Pour comprendre les enjeux de cet élargissement des missions de la HAS, il faut le replacer dans la dynamique plus large de son positionnement institutionnel. Depuis la création de la Haute Autorité de santé, l'institution n'est plus sous tutelle du ministère. Si la trajectoire que l'on peut décrire est celle d'une autonomisation progressive vis-à-vis du ministère de la Santé, les deux institutions entretiennent des rapports ambivalents. D'abord, parce que ce sont des acteurs politiques qui procèdent aux nominations des membres du collège de la HAS pour six ans. Ensuite, parce que le cabinet intervient régulièrement sur le programme de travail de la Haute Autorité. Enfin, parce que les dirigeants de l'administration cherchent à garder un certain contrôle sur la jeune HAS, comme en témoigne avec humour son président entre 2005 et 2011.

« On a eu trois "ennemis" majeurs, qui s'appelaient DGS, DGOS et DSS. Et je les invitais à dîner [...] et à chaque fois ça s'est terminé par un PUGILAT ! [Rires] Il fallait absolument que je rentre dans le GIRON ! "Il faut faire un contrat d'objectifs et de moyens". Je leur ai dit "je suis indépendant" ! [...] Ca a été très très très dur... [...] Je me souviens toujours de la première fois où j'ai parlé en public [devant la directrice de la DGOS] qui était présente, [...] j'ai dit "on sera totalement indépendant", elle a dit "vous serez indépendant de l'industrie", j'ai dit "je serai indépendant de TOUT LE MONDE !". Elle était FURIEUSE ! » (Président du Collège de la HAS, entretien I-37)

Dans ces conditions, le maintien de cette autonomie, fragile et récente, implique une relation particulière de compétition avec le ministère et avec l'Assurance maladie, qui est particulièrement visible dans la manière dont son président défend le rôle joué par la Haute Autorité dans la régulation publique, notamment au cours de différentes auditions parlementaires. Le président affirme le positionnement « interstitiel » de la HAS, entre les différents acteurs du monde de la Santé, garantissant son indépendance de tous les intérêts en présence. Ce positionnement est revendiqué comme un modèle légitime d'action publique, sous une forme « d'aide à la régulation » qui repose sur l'assise *scientifique* de l'autorité publique.

« Le positionnement essentiel, existentiel de la HAS est d'être "entre", "en alliance", "avec", mais pas dans la dépendance d'un décideur ou d'un financeur – comme des patients ou des industriels. [...] Il ne faut pas que sa réflexion et son expertise soient critiquées parce qu'elles auraient été menées conjointement avec un décideur ou avec un financeur. » (Président de la HAS, audition à l'Assemblée nationale dans le cadre de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, jeudi 15 mai 2008)

La légitimité de cette action publique « à mi-distance » réside dans l'expertise de la HAS, dans son rapport à la science, qui lui permet de prendre des décisions présentées comme rationnelles,

concertées, et transparentes, sur lesquelles repose sa crédibilité. A travers cette expertise scientifique, c'est bien une forme de « gouvernement » que revendique le président de la HAS, qui s'attache à démontrer aux parlementaires que la Haute Autorité, de par sa légitimité scientifique et professionnelle, est même capable d'opérer cette forme de gouvernement mieux que l'administration elle-même, dans un contexte institutionnel politiquement sensible. La HAS opérerait ainsi une forme discrète et douce d'action politique, assumée comme telle, par un travail d'expertise, de conviction, qui serait plus efficace qu'une logique de « command and control » plus brutale assumée par les acteurs politiques, administratifs et par l'Assurance maladie. Cette philosophie d'action publique est tout particulièrement bien mise en avant par cet extrait de l'audition du président de la HAS.

« C'est [...] un véritable changement de décor que nous avons opéré. [...] Nous avons imposé des indicateurs, des chiffres, des priorités. [...] Cela ne pouvait être fait que par une autorité extérieure : décidé par le ministre ou, pire, par le payeur, cela aurait jeté les gens dans la rue. Indépendants d'eux, nous avons une place privilégiée pour changer les choses. [...] L'important est que cela s'est fait sans bruit. Je ne suis pas allé dans les médias, pour ne pas susciter les réactions. [...] Nous apportons une évaluation crédible, qui légitime la décision vis-à-vis de la population et de toutes les parties prenantes. Vous n'avez pas vu grand monde dans la rue lors des remboursements, ni lorsque la certification des hôpitaux a été rendue publique. C'est parce que nous avons travaillé en amont. Notre force est plus dans notre degré de crédibilité que dans des pouvoirs de sanction. » (Président de la HAS, audition à l'Assemblée nationale, dans le cadre du rapport d'information fait au nom du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur les autorités administratives indépendantes, jeudi 29 avril 2010)

Il n'est d'ailleurs pas anodin que le président mobilise l'exemple des indicateurs généralisés pour illustrer ce « changement de décor », « imposé » en douceur par la Haute Autorité de santé. L'appropriation par la HAS d'indicateurs de qualité nationaux, obligatoires, voués à être affichés publiquement n'est pas neutre.

Des IQ emprunts d'une régulation externe à la profession

Cette revendication d'une action « d'aide à la régulation » appuyée sur la science, permettant d'opérer un contrôle sur les pratiques, correspond à un infléchissement de la philosophie de la HAS, longtemps marquée par un équilibre entre régulation publique et autorégulation professionnelle. Au sein du « compromis institutionnel » entre Etat et profession médicale (Robelet, 2002), l'équilibre se déplace pas à pas vers une régulation plus étatique du secteur sanitaire, porteuse de contrôle, d'auditabilité des établissements et des professionnels, au détriment de l'approche plus horizontale des rapports entre professionnels et Etat qui caractérisait l'ANAES au début des années 2000. Les propos suivants, tenus par le président de la Commission en charge de la certification, illustrent bien cette évolution du positionnement de l'institution vers la régulation externe à la profession.

« Quand on a conçu l'accréditation, c'était "SURTOUT, c'est indépendant, ça n'a rien à voir avec la puissance publique, c'est pour les professionnels"... Aujourd'hui, c'est absurde. C'est pas vrai, même sur la certification, et encore plus sur les indicateurs ! [...] C'est l'intérêt de la puissance publique de nous les confier. Ça passera beaucoup mieux auprès des professionnels. [...] [On donne] un label d'indépendance, de caution scientifique, etc. [...] A un moment

donné la certification pourrait être utilisée par le régulateur pour restructurer les hôpitaux ? Ça ne me choque pas. Il y a un devoir ETHIQUE d'agir ainsi. On est en train de bouffer la cagnotte [rires]. » (Président de la commission certification à la HAS, entretien I-36)

Il ne s'agit pas d'un basculement pur et simple d'une forme de régulation professionnelle vers une forme de régulation étatique. Le processus est plus subtil, dans la mesure où la Haute Autorité de santé s'appuie sur la légitimité professionnelle et scientifique qu'elle a construite depuis son origine, pour revendiquer des missions de régulation publique auparavant assignées à une administration critiquée pour sa « faiblesse » à réformer le secteur et à maîtriser les dépenses.

Les dirigeants de la HAS s'approprient certains objectifs politiques de régulation qui étaient auparavant maintenus en dehors des compétences de l'agence au nom de son « indépendance ». L'autonomisation de la HAS, qui va de pair avec une forme de compétition vis-à-vis des missions du ministère, pousse l'institution à se distinguer par ses méthodes rigoureuses, par sa légitimité à la fois scientifique et professionnelle. Il s'agit dès lors d'un « glissement » peu visible, peu audible, davantage revendiqué auprès des députés que des professionnels, qui permet à la HAS de « gouverner sans en avoir l'air », pour reprendre l'expression mobilisée par N. Belorgey (2010). Les acteurs de la HAS qui sont au contact des établissements témoignent toutefois de la perception de ce repositionnement de l'institution amorcé dès la certification V2007.

« Clairement, les établissements, depuis un moment, perçoivent notre procédure comme quelque chose qui rejoint, même si on s'en défend, de plus en plus le champ du contrôle et de l'audit. [...] Ce n'est plus le simple dialogue entre pairs qu'il y avait en VI. » (Service Certification des Etablissements de Santé à la HAS, entretien collectif I-39)

La nouvelle forme de mesure véhiculée par les IQ généralisés entre 2006 et 2010 constitue une étape importante de ce glissement du positionnement de la HAS.

Vers un renforcement de la légitimité institutionnelle de la HAS

Cette trajectoire s'accroît à la fin de la période étudiée dans ce chapitre, lorsqu'est renouvelée de nouveau l'équipe dirigeante de la HAS, en 2011. Un nouveau président du Collège¹ est nommé, suivi après quelques mois par un nouveau directeur. Directeur d'hôpital de formation, ce dernier est passé par plusieurs établissements de santé avant de prendre le poste de directeur de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) pendant 10 ans. Or, ce nouveau directeur amène avec lui une partie de son équipe de la FNCLCC. La nouvelle responsable du service en charge des indicateurs (SIPAQSS) n'est autre que Catherine Grenier, qui a participé au projet « Nouveau Guide Rouge des indicateurs » de l'union hospitalière privée au tournant des années 2000, puis au projet COMPAQH-1 aux côtés d'Etienne Minvielle, avant d'être recrutée en 2005 pour fonder

¹ Médecin spécialisé en hématologie et en oncologie qui s'est illustré par ses travaux sur le myélome, le nouveau président du Collège, nommé en février 2011, est également directeur général du centre de lutte contre le cancer de Nantes. Il a également un parcours politique, au sein de l'UDF avant 2002 puis après 2009, et au sein de l'UMP entre ces deux dates.

le département « qualité - indicateurs » de la FNCLCC. La nouvelle équipe est clairement engagée dans une nouvelle avancée de la HAS en direction d'un rôle de régulation publique, davantage assumé, qui ne représente toutefois pas un revirement complet, la légitimité professionnelle demeurant une ressource cruciale pour l'institution.

« C'était pas la philosophie de départ, il y a 10 ans. L'équipe précédente était beaucoup plus positionnée sur le "scientifique"... [...] C'était la "légitimité professionnelle"... Aujourd'hui il n'y a pas QUE CA. Il y a la légitimité professionnelle, ET, je dirais, INSTITUTIONNELLE [rires]. » (Entretien avec un acteur du service SIPAQSS de la HAS)

Pour mener à bien la nouvelle mission d'information du public concernant la qualité hospitalière qui a été confiée à l'agence en 2011, le service s'interroge sur la possibilité de développer certains des indicateurs plus rapidement, à l'intérieur même des services de la HAS, sans avoir systématiquement recours à un projet de recherche, quitte à assumer un niveau de « validité » métrologique moindre que pour les premiers indicateurs. La nouvelle équipe souhaite opérer un déplacement de la « production » d'indicateurs robustes à « l'accompagnement » des professionnels autour des usages des indicateurs.

« On est aussi la maison des professionnels pour l'accompagnement, il ne faut pas se positionner QUE sur cette valeur scientifique indépendante de l'evidence-based medicine, on a aussi cette valeur managériale, de GESTION. Pour moi c'est extrêmement important d'associer les deux... » (Entretien avec un acteur du service SIPAQSS de la HAS)

La nouvelle équipe souhaite également aboutir à une image de la qualité plus parlante pour les usagers. Les réflexions s'inspirent notamment des travaux sur les « comptes qualité » (*Quality Outcomes Framework*) développés à partir de 2004 au sein du NHS britannique. Trois développements à l'état de projet confirment le changement de philosophie à l'œuvre.

Premièrement, prenant acte du développement de la traçabilité des informations dans le dossier induit par les indicateurs de « première génération », le service en charge des indicateurs envisage de rapprocher les indicateurs des pratiques cliniques. Il peut s'agir d'indicateurs de résultats cliniques, permettant d'évaluer la qualité de la prise en charge clinique, mais aussi d'indicateurs de pertinence des soins, permettant notamment d'évaluer dans quelle mesure les décisions de prise en charge sont bien justifiées par des raisons médicales et non par des enjeux tarifaires ou une injonction à l'activité. La position de la HAS concernant la question des indicateurs de mortalité, d'abord très prudente, évolue à partir de 2011. La responsable du service, si elle rappelle les limites méthodologiques de ces indicateurs et considère que les solutions n'ont pas encore été trouvées, insiste surtout sur la nécessité pour la Haute Autorité de santé de se positionner politiquement sur un sujet dont l'émergence est de toute façon perçue comme inexorable.

« Les seuls indicateurs qui permettront de prouver que ça s'améliore, c'est les indicateurs d'outcomes. [...] Si on prouve que les gens meurent moins, qu'ils vivent mieux, et plus longtemps sans morbidité, d'accord ! [...] Aujourd'hui, ma vision politique c'est de dire que c'est le rôle de la HAS de travailler sur la mortalité, et d'en faire un outil d'amélioration de la qualité. [...] Les facteurs d'ajustement seront considérés correctement, les professionnels les

*auront validés [...]. On n'est pas encore sorti de l'auberge, mais la machine est lancée... »
(Entretien avec un acteur du service SIPAQSS de la HAS)*

Deuxièmement, la position de la HAS concernant les usages des indicateurs en matière de « paiement à la performance » change progressivement. La nouvelle équipe dirigeante a obtenu la participation de l'institution aux réunions organisées par le ministère pour piloter l'expérimentation du projet COMPAQ-HPST, dans le but d'intégrer, dans les prochaines années, des éléments concernant la qualité dans les mécanismes de rémunération des établissements. Cette régulation par la qualité, thématique jugée susceptible d'être davantage acceptée par les professionnels que les enjeux économiques, semble appelée à rencontrer les enjeux économiques de l'hôpital, ce qui révèle un glissement majeur par rapport à la philosophie initiale de l'institution lors de sa création en 2004, porteuse d'une régulation très professionnelle, par les pairs.

Troisièmement, le service souhaite développer des indicateurs de « filières » de soins, par pathologies, intégrant prévention, médecine de ville, prise en charge hospitalière, et structures d'aval. Cette question se pose avec d'avantage d'acuité depuis la loi HPST de 2009, qui met en avant l'intégration du système hospitalier et de la médecine ambulatoire. Ce type d'indicateurs pose toutefois l'épineuse question de l'intégration des systèmes d'information de l'assurance maladie avec ceux de la HAS.

L'élargissement de la mission d'information de la HAS révèle autant qu'elle accentue cette recomposition, qui pousse l'institution à s'engager toujours plus avant dans des missions de régulation publique qui l'éloignent de sa philosophie historique plus proche de l'autorégulation professionnelle.

« On est dans un virage clé, on commence à avoir beaucoup d'indicateurs, beaucoup d'agences qui travaillent sur les indicateurs... Mais qu'est-ce qu'on en fait finalement ? [...] Les objectifs, on ne les a pas formalisés, ils sont venus un peu au fil de l'eau. [...] C'est seulement maintenant qu'on est en train de sortir de cette idée assez simpliste qu'il y a un outil pour plusieurs objectifs. »

Entretien avec un chercheur-expert en métrologie

L'inscription des indicateurs dans la loi HPST, le rapport de l'IGAS qui leur est consacré et l'élargissement de la mission de la HAS qui les place officiellement sous son égide marquent un aboutissement majeur dans le processus d'institutionnalisation des mesures d'Etat et de la forme d'action publique qui s'est constituée autour d'eux. Ces événements attestent leur visibilité, leur légitimité, et leur entrée dans les routines administratives. Le soutien institutionnel officiel en faveur des indicateurs contribue à les « soutenir », et, ce faisant, à les rendre « réels » (Porter p. 45). Cette institutionnalisation formelle a aussi un effet plus paradoxal. A bien des égards, les premiers IQ sont des « demi-mesures » construites autour d'une pluralité d'usages équivoques, ne donnant pas lieu à des usages institutionnels forts. Pour cette raison, dès lors qu'ils deviennent plus visibles et suscitent de nouveaux espoirs, ils prêtent le flanc à la critique. Les institutions sont poussées à se lancer, à partir

de 2010, dans une rationalisation multiforme des indicateurs, dans l'objectif affiché de renforcer leurs usages en termes d'affichage public et de régulation. Cette institutionnalisation formelle paradoxale rend finalement moins probable, car plus coûteux, tout retour en arrière. En un mot, le déploiement d'indicateurs obligatoires suscite suffisamment d'usages pour qu'il devienne coûteux d'infléchir la trajectoire institutionnelle qu'a pris l'action publique autour de l'auditabilité (Pierson, 2000). Cette institutionnalisation opère un « effet de cliquet » qui verrouille l'engagement institutionnel autour du motif cognitif, et porte en germes la rationalisation des IQ autour d'usages appelés à se raffermir.

Conclusion : gouverner par la « demi-mesure »

« 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. C'est une grande nouveauté. [...] On disait que la qualité était incommensurable, qu'on ne pouvait pas la mesurer... Aujourd'hui, plus personne ne peut tenir cette position... »

Entretien avec un acteur du service SIPAQSS de la HAS, 2012

« Au ministère, on leur demande d'un côté de moderniser... et de l'autre, on leur dit "il ne faut pas que l'hôpital bouge". Une solution, c'est de faire le moins de bruit possible ! [...] Le faire progressivement, pour que ça ne bloque pas. Essayer au maximum d'éviter le conflit... [...] C'est souvent la première étape qui est la plus dure. Après, le tabou tombe. [...] Aujourd'hui, ça bouge, il y a les premières mesures... On commence à considérer que ça doit être l'un des outils obligatoires... C'est déjà beaucoup. »

Entretien avec un ancien responsable de l'Assurance Maladie, 2011

A lire certains travaux consacrés aux recompositions de l'action publique sanitaire (Belorgey, 2010; Le Galès et Scott, 2008; Pierru, 2007), on peut avoir l'impression que la mobilisation d'instruments est avant tout le fruit de stratégies individuelles ou collectives, permettant à certains acteurs politiques ou administratifs de parvenir à 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 en s'appuyant sur l'apparente neutralité d'instruments présentés comme modernes, dont les effets propres se font sentir dans la durée »* (Lascoumes et Le Galès, 2004, p. 26-27). En un mot, les « choix » en matière de dispositifs relèveraient d'une ou plusieurs intentions, qui seraient instrumentées par des outils de gouvernement au service d'un projet réformateur. A la suite d'autres travaux étudiant en finesse les trajectoires d'institutionnalisation des instruments (Bezès, 2004; Palier, 2004), l'étude de l'institutionnalisation prudente des IQ met plutôt l'accent sur le caractère incrémental (Lindblom, 1959), problématique et paradoxal de la dynamique à l'œuvre. A bien des égards, la manière dont le motif cognitif de l'auditabilité hospitalière s'incarne est surprenante. D'abord, parce que les indicateurs qualité, qui suscitent au départ une adhésion toute limitée, deviennent en une petite décennie l'objet d'investissements institutionnels et politiques relativement importants. Ensuite, parce que les nombreux objectifs d'usage qui ont guidé leur élaboration ne donnent finalement lieu qu'à des usages concrets pour le moins limités et incomplets. Enfin, parce que la visibilité et la légitimité croissantes des indicateurs semble s'accompagner d'une mise en exergue de leurs faiblesses qui, loin de décrédibiliser la démarche de diffusion d'IQ, renforce sa dynamique. Ces paradoxes prennent tout leur sens lorsque l'on analyse deux mécanismes cruciaux du processus.

Le premier ressort de cette trajectoire singulière réside dans la grande *ambiguïté* de ces instruments pour les acteurs qui les mobilisent. Plus précisément, cette ambiguïté renvoie à deux dimensions des IQ. Pour reprendre l'expression de R. Salais (2010), il s'agit d'abord d'une « ambiguïté cognitive », alimentée par le caractère *composite* du motif, agrégeant un ensemble de principes, d'enjeux sociaux, de techniques de mesure, à la cohérence imparfaite. Au début des années 2010, le motif donne lieu à « *des variations autour d'un principe unitaire* » (Benamouzig, 2005, p. 8) : la mise en calculabilité, en transparence, en comparaison de la qualité hospitalière, qui est essentiellement déclinée dans les IQ de lutte contre les infections nosocomiales et dans les IQ de tenue du dossier patient. Ce caractère composite permet d'appliquer plusieurs cadres interprétatifs aux IQ, correspondant aux différentes attentes des acteurs qui ont contribué à leur construction. Cette ambiguïté est aussi éminemment sociale : elle réside dans les usages *plurivoques* qui sont rattachés aux mêmes IQ d'Etat diffusés à cette période. Cette plurivocité constitue une caractéristique essentielle pour favoriser la diffusion institutionnelle des mesures d'Etat : elle permet leur appropriation par une pluralité d'acteurs : les ministres peuvent s'appuyer sur les indicateurs pour faire de la communication politique ; le ministère de la Santé peut mobiliser les indicateurs dans une triple logique de transparence vis-à-vis des usagers, de renforcement de sa politique de lutte contre les infections nosocomiales et de contractualisation ; la HAS peut les intégrer à sa certification sans la remettre totalement à plat, l'ANAP peut les mobiliser dans un tableau de bord intégrant éléments de qualité et éléments financiers. Leur caractère composite et leurs usages équivoques permettent en outre à ces indicateurs de prendre l'apparence d'un outil de la mise en cohérence d'un système institutionnel pluriel, voire éclaté. Comme la méthode de coordination ouverte étudiée par R. Dehousse (2004), la méthode de construction des indicateurs permet de « *masquer derrière un discours novateur la difficulté que l'on éprouve, dans un système de décision par consensus [...], à arrêter des choix politiques clairs* » (p. 335). Dès lors, on comprend mieux pourquoi ces indicateurs ne donnent lieu, dans un premier temps du moins, qu'à des usages institutionnels faibles et incomplets : choisir un usage au détriment des autres usages, c'est mettre en porte-à-faux certains acteurs institutionnels. Mais, dans le même temps, ce consensus ambigu est instable, puisqu'il nourrit la critique des IQ et de chacun de leurs usages incomplets. En d'autres termes, l'ambiguïté de ces dispositifs constitue un moteur paradoxal mais essentiel de l'essor de l'auditabilité de la qualité hospitalière.

Le second ressort de cette trajectoire singulière s'apparente à un mécanisme, à la fois social et cognitif, de *self-fulfilling prophecy* au sens de R. K. Merton (1997 [1953])¹. On l'a vu à de multiples reprises, les acteurs qui s'engagent dans les IQ sont convaincus du caractère inexorable de la diffusion publique d'informations sur la qualité hospitalière, qui serait, selon eux, amenée à se développer dans

¹ « *La prédiction créatrice débute par une définition fautive de la situation, provoquant un comportement nouveau qui rend vraie la conception, fautive à l'origine. La spéculative véridité de la prédiction créatrice engendre une suite d'erreurs. Car le prophète arguera des événements pour montrer qu'il avait raison.* » (Merton, 1997 [1949], p. 139).

tous les cas, que cela soit avec ou sans leur participation. Cette croyance collective trouve ses origines avant les années 2000, dans le succès des premiers palmarès hospitaliers et dans la mobilisation croissante de représentants des patients sur ce sujet. Elle est renforcée par le regard comparatif qui est porté sur les systèmes étrangers d'autres pays de l'OCDE, au premier rang desquels les systèmes anglais, américain, allemand, canadien, et australien, qui ont amorcé une démarche institutionnelle de manière précoce par rapport à la France. Ce mécanisme spéculatif est visible à chacune des étapes de l'histoire des IQ : les publications par le ministère sont largement pensées en réponse aux palmarès hospitaliers ; la décision du Collège de la HAS en 2006 est opérée largement pour positionner l'institution sur ce thème jugé d'autant plus stratégique que le ministère a décidé de s'en emparer ; l'entrée en scène de l'ANAP et de l'Assurance Maladie renforcent le caractère inexorable du processus, et poussent de nouveau le ministère et la HAS à faire évoluer les indicateurs. La compétition entre institutions bureaucratiques et l'éclatement de la régulation publique offrent un contexte particulièrement favorable à l'épanouissement de ces prédictions créatrices.

Ces deux mécanismes sont le résultat d'un processus social au cours duquel aucun acteur ne parvient véritablement à imposer sa volonté, semblable à celui mis en évidence par B. Palier (2004) dans son analyse de l'évolution des politiques de retraites : « *il est possible de repérer des influences multiples, qui sont autant de contributions à la complexité, à la polysémie mais aussi à l'acceptabilité de ces mesures* » (Palier, 2004, p. 293). Cette ambiguïté et ce caractère prophétique doivent beaucoup au mode d'action *prudent* adopté par la plupart des entrepreneurs de la mesure, réunis au sein d'une petite « nébuleuse réformatrice » (Topalov [dir.], 1999) qui continue à s'installer progressivement à l'intérieur des institutions publiques. Ce sont ces acteurs qui « travaillent » leurs institutions respectives pour construire une place et un statut à l'auditabilité de la qualité hospitalière : experts chercheurs au sein du projet COMPAQH, experts positionnés dans l'administration, au sein de la HAS, qui se sont mobilisés sur cette thématique, à un moment donné et selon des investissements plus ou moins centraux dans leur carrière. Ce sont ces « prophètes » qui, par un travail minutieux possédant une dimension technique, sociale et cognitive, construisent cette « inexorabilité » de l'affichage public d'informations concernant la qualité hospitalière. Ces acteurs sociaux ont pu « infuser » les usages des IQ, en surmontant les réticences institutionnelles par un travail social d'organisation, par un travail cognitif de conviction, par un travail d'institution de la mesure au sein-même des bureaucraties d'Etat. Collectivement plus qu'individuellement, par « petits pas » plutôt que sous la forme d'un « grand big bang », ces acteurs ont incarné l'auditabilité dans des IQ. Le mode d'action prudent par lequel ces acteurs font avancer la mesure renvoie à une intuition classique de la sociologie des organisations, qui a montré à quel point l'ambiguïté est une dimension constitutive du pouvoir. Le jeu (Crozier et Friedberg, 1977) ou l'indétermination des buts (March, 1978) constituent des ressorts incontournables de l'action collective : « *goal ambiguity, like limited rationality, is not necessarily a fault in human choice to be corrected but often a form of intelligence to be refined by the technology of choice rather*

than ignored by it. » (p. 598). L'ambiguïté peut ainsi constituer une ressource essentielle pour agir dans un univers social complexe (Bergeron et al, 2013; Padgett et Ansell, 1993). La prudence dont font preuve ces acteurs renvoie bien à une forme d'intelligence. Non pas l'intelligence de la planification stratégique d'ensemble ou l'intention toute-puissante visant à réformer le monde brutalement, mais l'intelligence tactique du « coup », une forme de « ruse » prise dans des formes de contrainte, alimentée par une connaissance fine du contexte et des enjeux en présence, permettant de s'adapter aux incertitudes, d'anticiper les évolutions, d'exercer une influence douce, en forgeant des idées, des arguments et des techniques susceptibles de peser progressivement sur le cours des événements. Si les IQ finissent par s'imposer, c'est par tout un processus de cadrage, qui permet de faire correspondre les instruments aux attentes qu'ils suscitent au cours de la dynamique-même de leur création, sans en lever forcément toutes les incertitudes.

Ambiguïté des indicateurs et mécanisme de prédiction créatrice jouent ensemble pour favoriser l'essor de l'entreprise de rationalisation par les IQ, qui équipent finalement une étrange forme de « gouvernement par la demi-mesure ». Cette entreprise de rationalisation construit très progressivement son caractère réformateur, résultat d'une entreprise collective, d'un effet émergent dont la maîtrise échappe largement à chacun des acteurs qui y participent. L'ensemble de ces régulateurs est en quête d'une « évolution sans révolution », d'un contrôle croissant sur les établissements et les professionnels susceptible d'être accepté sans conflits. On retrouve finalement, à travers la thématique de la qualité, l'incertitude formulée par A. Ogien (2001) : *« si les dirigeants savent qu'on ne peut conduire une politique de santé sans le faire avec les médecins, ils savent également que lorsqu'on le fait, on ne parvient jamais à réformer le système de soins. C'est peut-être dans cette alternative impossible à dénouer qu'on trouverait le fondement de la faiblesse structurelle du ministère de la Santé, qui semble voué à ne jamais disposer de la légitimité à définir, en ayant les moyens de traduire cette volonté en acte, des choix exprimant une politique. »* (Ogien, 2001, p. 18). A partir des années 2010, la trajectoire mise en évidence semble toutefois dotée d'une force propre. Le mécanisme de « prédiction créatrice » est porteur de l'avènement d'un contrôle plus coercitif par les IQ, qui semblent voués à donner des informations aux patients sur la mortalité, et à se rapprocher des enjeux de tarification hospitalière. Cette évolution remet en question des équilibres. A travers ces IQ, les régulateurs sont entraînés vers une logique de contrôle externe à la profession médicale, sans que cette évolution ne soit pleinement intentionnelle. S'il a atteint une forme de maturité au début des années 2010, le motif est sans doute loin d'avoir connu toutes ses recompositions.

Après avoir étudié la construction sociale tumultueuse et prudente de ces IQ d'Etat, il nous reste à analyser leur composition. En décortiquant la manière dont le motif est « bâti » socialement, cognitivement et matériellement, le troisième chapitre interroge son autonomie et sa force propre.

Chapitre 3. « Gouverner par les indicateurs » ?

Ambivalence, plasticité et robustesse d'une technologie normative

« L'indicateur qualité a une puissance de connaissance d'un résultat, de comparabilité, il permet de pointer ce qui ne va pas... Visuellement il est beaucoup plus parlant. Il joue un rôle de sentinelle, d'avertissement, il est motivant pour une équipe... Avec aussi une conviction d'économiste peut-être [sourire] : il y a de l'incitation à créer à travers l'indicateur. »

Entretien avec un ancien responsable du service « indicateurs » à la HAS

Quel est le mode de fonctionnement de cette étrange « machine » que sont les indicateurs de qualité déployés par l'Etat dans la seconde moitié des années 2000 ? Dans quelle mesure et par quels moyens sont-ils bâtis pour transformer le monde hospitalier ? Ce chapitre étudie les propriétés sociales, techniques et cognitives de cette technologie particulière.

Les chapitres précédents ont décrit l'émergence d'un motif cognitif autour de la mise en transparence de la qualité, puis son institutionnalisation sous la forme d'une instrumentation concrète : les indicateurs d'Etat. Au début des années 2010, le motif cognitif autour de l'auditabilité des hôpitaux atteint une certaine forme de maturité, susceptible de lui garantir une autonomie relative par rapport à ses contextes d'usage (Benamouzig, 2005). Dans ce chapitre, il s'agit de saisir la manière dont les IQ sont *bâtis* comme des éléments objectifs, susceptibles de « tenir » et d'affecter le monde social. Comme le suggère A. Desrosières à propos de la statistique, « [...] il est à la fois difficile et indispensable de penser en même temps ces objets comme construits et réels, conventionnels et solides » (Desrosières, 1993, p. 398). Les indicateurs peuvent être étudiés comme des « objets tangibles », des « machines » que l'on peut déconstruire analytiquement, dans une approche inspirée par la sociologie des techniques. Cette machine singulière est composée à partir d'un ensemble de savoirs, de modes de connaissance, de théories ou de doctrines plus ou moins formalisées, portés par des acteurs sociaux ou inscrits dans des flux objectivés de connaissances, incarnés dans des formes techniques composées de règles de calcul, de référentiels d'évaluation, de résultats chiffrés, sous la forme de tableaux et de graphiques. A partir des IQ, il est possible de saisir comment la technique incorpore et « durcit » des idées, du travail, des relations, c'est-à-dire de « l'humain cristallisé » (Simondon, 1989). Il s'agit d'analyser des « formes » qui sont le fruit d'un certain nombre d'« investissements » sociaux mis en lumière au cours des deux chapitres précédents, potentiellement capables d'avoir des effets importants de structuration du réel (Thévenot, 1986). Il s'agit de « prendre au sérieux » ces dispositifs dotés d'une « vie propre », « d'un certain nombre de caractéristiques [...] plus ou moins indépendantes des volontés initiales » (Moison et al., 1997, p. 92), de comprendre comment cette instrumentation d'action publique (Lascoumes et Le Galès, 2004) « est révélatrice d'une théorisation (plus ou moins explicite) du rapport gouvernant/gouverné » (p. 27), comment elle « constitue une forme condensée et finalisée de savoir sur le pouvoir social et les façons de l'exercer »

(p. 27). Comment cette machine est-elle bâtie ? Dans quelle mesure est-elle robuste ? A quoi la robustesse de ses formes et de son mode opératoire tiennent-elles ?

A la recherche de la « force propre » et de la « puissance » sociale spécifique de cette technologie, ce chapitre progressera par la décomposition successive de trois de ses dimensions étroitement imbriquées, qu'il est possible de distinguer analytiquement. Nous chercherons d'abord la force de la machine dans les croyances subjectives des réformateurs qui les portent (1). Il faudra ensuite chercher la consistance de la machine dans les savoirs objectivés qui convergent dans la composition des IQ d'Etat (2). Il faudra enfin chercher la robustesse de la machine dans les techniques qui équipent concrètement les IQ, en entrant véritablement dans leur matérialité (3).

L'analyse menée dans ce chapitre permettra de compléter la réponse à la question centrale de la première partie de la thèse. Dans quelle mesure le déploiement d'indicateurs de qualité participe-t-il à une entreprise institutionnelle de rationalisation de l'hôpital ? Nous mettrons ici en évidence un résultat étonnant au vu du processus de construction sociale prudent et non dénué d'ambiguïté précédemment décrit. Ces dispositifs, suffisamment ouverts pour pouvoir enrôler un vaste ensemble d'acteurs autour d'eux, construits comme des « demi-mesures » pour éviter le conflit, n'en sont pas moins bâtis comme une *technologie normative*, équipée pour affecter les organisations et les comportements hospitaliers.

1. Des croyances réformatrices ambivalentes

Comme l'a montré P. Bézès (2000), le degré et les modalités d'engagement des réformateurs dans les projets qu'ils sont amenés à porter peuvent varier considérablement. Une première manière d'interroger la façon par laquelle les indicateurs sont susceptibles d'induire une transformation du monde hospitalier consiste donc à se tourner vers les idées partagées, les raisonnements pratiques, les « bonnes raisons » (Boudon, 1990), en un mot les « croyances » (Bergeron, 1999) des acteurs institutionnels qui participent à la petite nébuleuse réformatrice (Topalov [dir.], 1999) composée autour des IQ d'Etat. Ces croyances ne constituent pas un simple système de justification découplé des caractéristiques des IQ : on peut au contraire les analyser comme une composante cognitive subjective essentielle du motif (Benamouzig, 2005, p. 10), comme une « philosophie gestionnaire » qui contribue à donner sa signification à l'outil (Hatchuel et Weill, 1992). Or, interrogés sur leurs « convictions » au sujet des IQ, les réformateurs¹ tiennent bien souvent un discours ambivalent. D'un côté, cette instrumentation suscite un fort espoir partagé : celui d'un gouvernement à distance à travers lequel les pouvoirs publics auraient trouvé un moyen de transformer efficacement l'hôpital (1). D'un autre côté, l'expérience pratique du déploiement des indicateurs suscite doute et réflexivité (2).

¹ A l'instar de P. Bezes (2000), nous utilisons ici le terme générique « réformateur » pour désigner l'ensemble des acteurs institutionnels qui ont participé, à un moment ou à un autre, au développement puis au déploiement des IQ d'Etat.

1) Des croyances réformatrices en un « gouvernement à distance »

Les indicateurs sont le support d'un ensemble de propositions axiologiques et cognitives concernant la manière dont ils peuvent équiper l'action publique. Ces croyances apparaissent comme fondées aux yeux des acteurs des différentes directions du ministère de la Santé, des experts-chercheurs, des dirigeants de la HAS, des représentants de la CNAM, de l'ANAP et de l'IGAS. Ces croyances font des IQ un instrument de gouvernement doté de *sens*, qui suscite l'adhésion. Si les indicateurs sont séduisants, c'est parce qu'ils doivent permettre de gouverner à distance, automatiquement, avec visibilité, mais aussi en douceur.

Des indicateurs pour gouverner « à distance » ?

La première croyance collective qui entoure les indicateurs renvoie à l'idée qu'ils peuvent permettre aux pouvoirs publics de changer les comportements hospitaliers « de loin » et de manière économe, sans avoir besoin d'une lourde hiérarchie telle que celle mobilisée dans une approche bureaucratique classique de *command and control*. Aux yeux des réformateurs, les IQ constitueraient ainsi l'une des technologies équipant un « gouvernement à distance » (Rose et Miller, 1992). Dans sa version pratique, cet espoir d'une « transformation à distance » est largement inspiré par la théorie économique des incitations, autour de trois modes opératoires plus précis de l'instrument.

L'indicateur est d'abord présenté comme un outil d'incitation au sens large, c'est-à-dire comme un outil qui permet d'émettre un « signal » susceptible d'influencer « à distance » les établissements et les professionnels pour qu'ils changent leurs organisations et leurs pratiques. Cette approche considère que les indicateurs sont un moyen de pression sur les acteurs hospitaliers, susceptibles de se sentir surveillés par les patients libres de choisir leur établissement.

« Pour faire bouger un système sous la pression des assurés... [...] Il faut rendre l'usager intelligent ! Pas un homo oeconomicus... Mais, déjà, qu'il ait des données. [...] C'est induire une forme de déstabilisation. Il y a deux idées. L'idée que le consommateur citoyen usager peut influencer. Et puis il y a l'idée que quand on est obligé de se mesurer, et quand on regarde les résultats, quand c'est public, on bouge. » (Ancien responsable de la CNAM, entretien I-19)

Ces indicateurs placent également les établissements sous la surveillance des pouvoirs publics en charge de la régulation. Les indicateurs sont alors perçus comme un signal incitatif. Les réformateurs font l'hypothèse que cela permet de « faire réagir » les acteurs, et de transformer leur comportement. Les propos de cet économiste qui a porté les IQ à la HAS illustrent bien ce raisonnement.

« Il est complètement farfelu d'imaginer qu'une autorité centrale pourrait donner des ordres, ne serait-ce qu'à quelques milliers d'acteurs. La seule manière dont un régulateur peut fonctionner dans un système comme ça, c'est d'inciter, de trouver des manières de faire en sorte d'influer sur le comportement des acteurs, pour que d'eux-mêmes, ils décident de se comporter d'une façon qui intéresse la communauté... [...] L'indicateur, c'est une manière d'accroître la pression. De l'extérieur, j'observe que vous n'êtes pas bon... [...] Le simple fait

de DIRE à un établissement "vous n'êtes pas bons" est, en soi, un incitatif suffisant pour qu'ils s'améliorent. » (Entretien avec un économiste qui a porté les IQ à la HAS)

Ensuite, afin de s'assurer de l'effectivité de ce changement de comportement, cette « influence » par l'intermédiaire du « signal » gagne à être organisée par l'intermédiaire d'un « contrat » qui formalise les incitations à l'amélioration de la qualité. La « distance » entre le « régulateur » et le « régulé » est ici vue comme une « chaîne » de contrats logiquement organisés les uns par rapport aux autres, permettant de relier l'administration aux établissements, en passant par les Agences régionales de santé. Les contrats sont alors vus comme permettant aux différents acteurs contractant de s'engager dans l'amélioration de la qualité hospitalière à leur échelle, en échange d'une sanction positive de la part du niveau supérieur. C'est cette logique que développe cet expert au sein de la direction générale de l'offre de soins du ministère de la Santé.

« Nous, au niveau administration centrale, on ne peut pas discuter avec les plus de 3000 établissements. Donc c'est bien une délégation qui est faite au niveau région [...]. On leur a donné des outils, il y a les contrats de pôles au sein des établissements, il y a des contrats d'objectifs et de moyens entre région et établissement, et après il y a le contrat entre l'ARS et l'Etat ! [...] On voudrait que les indicateurs soient un outil qui permette d'avoir un dialogue à la fois au sein des établissements entre les pôles et la direction, et à la fois entre les ARS et les établissements, et entre l'Etat et les ARS... Que chacun essaye de faire une contractualisation sur des domaines avec les mêmes outils. » (Acteur de la DGOS, entretien I-23)

Enfin, ces raisonnements reposent sur une troisième caractéristique postulée des indicateurs, à savoir sur leur capacité à standardiser la mesure de telle ou telle dimension de la qualité hospitalière, qui est une condition nécessaire de toute contractualisation visant à inciter les acteurs à changer leurs pratiques. Comme le souligne cet acteurs institutionnel, en orchestrant une construction des IQ qui associe l'ensemble des parties-prenantes, l'Etat est en mesure de contrôler les définitions officielles de la qualité, et de forger des représentations partagées des techniques légitimes pour la mesurer.

« L'intérêt, c'est que l'indicateur soit le même, et pour les professionnels, et pour l'administration. Il y a rien de plus agaçant que d'avoir deux bases de données qui donnent un indicateur, le même nom avec des chiffres différents, et on ne sait pas comment il a été calculé. L'idée c'est quand même de donner des modes de calcul. » (Entretien avec un acteur institutionnel)

Outils d'incitation, de contractualisation et de standardisation des définitions de la qualité, les indicateurs doivent permettre aux institutions publiques de gouverner de manière économe, par l'information, à une certaine distance des établissements et des professionnels.

Des indicateurs pour gouverner « automatiquement » ?

Les indicateurs sont le support d'un second ensemble de croyances : à partir de leurs modules d'affichage public et de comparaison, ils doivent permettre de transformer les comportements de manière « automatique ». Ce sens commun réformateur est bien résumé par deux expressions employées par de nombreux réformateurs : « il n'y a pas d'amélioration sans mesure », et « se mesurer, c'est déjà s'améliorer » :

« C'est l'établissement qui s'en empare du benchmark. [...] Rien que le fait que les gens se soient rendu compte de ces informations, ils ont déjà commencé à travailler pour mettre en place quelque chose. [...] On regarde le voisin. Déjà le fait de regarder le voisin, on change son comportement, et puis on essaye de comprendre ce qu'on fait par rapport à ce que fait l'autre. » (Acteur à la DGOS, entretien I-22)

D'abord, parce que la publication de scores d'indicateurs comparatifs et publiquement affichés doit, selon ces acteurs, susciter une réaction « en temps réel » de la part des gestionnaires et des professionnels qui se savent surveillés, et amener automatiquement l'ensemble des établissements à progresser. Un réformateur va jusqu'à parler d'effet « radical et garanti ».

« On pense que la transparence contribue à l'amélioration de la qualité... [...] On a pu le mesurer pour les infections nosocomiales, on a une bonne expérience de ce domaine-là. Quand on commence à afficher les résultats à se comparer, il y a une émulation dans les établissements... C'est un effet à la fois radical, et garanti je dirais ! [...] Ça, ça se vérifie systématiquement. » (Conseiller au cabinet de Roselyne Bachelot, entretien I-9)

Les réformateurs postulent ensuite que ces réactions ne se limitent pas à l'amélioration des scores à l'indicateur. Plusieurs d'entre eux font part d'une « théorie de la contagion » de l'amélioration effective de la qualité à partir du score de l'indicateur. Selon cette logique, l'amélioration des résultats à certains indicateurs de processus implique « automatiquement » un travail beaucoup plus conséquent sur l'organisation et la qualité de la prise en charge. Les IQ évaluant la « tenue du dossier du patient » sont souvent mobilisés pour illustrer des améliorations plus larges, partant de la traçabilité pour aller jusqu'aux pratiques, comme l'explique par exemple cette experte au ministère de la Santé.

« On va choisir des indicateurs qui sont sur des domaines prioritaires de santé publique. C'est des sujets sur lesquels si on améliore le résultat de l'indicateur, on sait qu'en "nappe" autour de cet indicateur il y a beaucoup de choses qui vont être améliorées aussi. [...] La tenue du dossier patient, pour améliorer l'indicateur, il faut vraiment que l'établissement se mobilise énormément sur cette politique du dossier, parce que normalement il y a le dossier du professeur "machin" qui n'est pas le même que celui du professeur "truc" [sourire]. S'il veut s'informatiser, il faut qu'il ait bossé son organisation. » (Acteur à la DGOS, entretien I-23)

Les réformateurs considèrent ainsi que, d'année en année, c'est toute « la courbe » représentant la répartition des scores de l'ensemble des établissements qui doit connaître une translation vers des résultats automatiquement améliorés, et postulent qu'au-delà de cet effet visible sur un indicateur, c'est bien la qualité en général qui est positivement impactée par la mesure d'indicateurs.

« On a éduqué, informé, entraîné, remonté, enrôlé, fait que l'année prochaine et la fois suivante soit mieux... [...] On ne cherche pas les 10% de meilleurs, on cherche à ce que la moyenne se déplace. C'est plutôt ça le but. Pour entraîner, changer de comportements... » (Membre du Collège de la HAS, entretien I-37)

Ce mode d'opération « en nappe » postulé par les réformateurs renforce d'ailleurs la perception de l'indicateur comme un levier « économe » d'amélioration de la qualité : en évaluant « une partie » de ce qu'est la qualité hospitalière par un résultat chiffré univoque, on considère pouvoir améliorer « le tout » de cette qualité. L'opération de réduction de la complexité est recherchée, et l'indicateur est

ainsi perçu comme l'attribut d'un Etat léger, fluide, capable d'agir à moindre coût sur les points essentiels pour améliorer la qualité¹.

« Je pense que ça a un côté "vision simplificatrice"... [...] C'est quand même un peu utopique... Mais... oui il y a quelque chose de satisfaisant à pouvoir avoir une image d'un tout qui parle à tout le monde. [...] Ça rend un système extrêmement complexe LISIBLE. Avec toutes les limites de la visibilité. Parce que elle est réductrice de beaucoup de morceaux du système, mais en tout cas on CHERCHE à le rendre visible, le plus simplement possible. » (Entretien avec un responsable du service « indicateurs » de la HAS)

Pour les mêmes raisons, ces dispositifs sont susceptibles d'avoir une « durée de vie limitée » : lorsque l'ensemble des établissements atteint un score très satisfaisant à un IQ, celui-ci n'a plus de raison d'être, et peut être abandonné au profit d'autres dispositifs de mesure.

Des indicateurs pour gouverner « avec visibilité » ?

Selon les réformateurs, les indicateurs permettent également de gouverner « avec visibilité ». Comme l'ont bien compris les différents ministres de la santé et les différentes institutions publiques qui se sont engagés dans la production des IQ depuis le début des années 2000, leur publication permet de revendiquer publiquement les valeurs de modernité, de transparence, et de respect des usagers. A travers un discours enthousiaste qui n'est pas sans évoquer l'affirmation d'une croyance plus générale dans la valeur des « nombres » (Porter, 1996), plusieurs acteurs mettent ainsi en exergue la « magie du chiffre » de l'indicateur, en ce qu'il permet d'afficher un « résultat simple » permettant de montrer que « les institutions prennent des mesures » sur le thème de la qualité. Les éléments chiffrés qu'ils permettent d'afficher simplement s'affranchissent de la complexité de la mesure, sont facilement communicables, peuvent être repris par d'autres acteurs, comme les journalistes. Comme le souligne ce chercheur en gestion, l'appétence des réformateurs pour ces indicateurs se comprend aussi par le fait qu'ils constituent des « objets tangibles » qui permettent aux institutions publiques comme aux acteurs politiques de faire la démonstration de leur action volontariste sur le thème de la qualité.

« Dans des univers où les administrations publiques doivent se justifier sur leurs actions, les indicateurs deviennent une perspective. Tu vas à la fois montrer que tu agis, en fin d'année dans les bilans... Quand tu fais le bilan HAS en fin d'année, c'est assez facile de dire "là j'ai généralisé quatre indicateurs", c'est plus compliqué sur d'autres volets de rendre des comptes. Là, tu as des objets tangibles. » (Entretien avec un chercheur-expert en métrologie)

Cette capacité des IQ à être « portés » par un ensemble d'acteurs qui les emploient comme des outils de communication est également perçue comme un atout dans leur capacité à transformer les organisations et les comportements des acteurs hospitaliers, jugés sensibles à leur réputation.

¹ Nous retrouvons ici un principe qui n'est pas nouveau : « *using bureaucracy sparingly, i.e. making a little of it go a long way, is the acme of the bureaucrat's craft.* » (Hood, 1986, p. 141).

Des indicateurs pour gouverner « en douceur » ?

Les indicateurs présentent enfin un dernier avantage, qui se révèle capital du point de vue des réformateurs : ils doivent permettre de changer les comportements dans le secteur hospitalier sans susciter de « baroufle » des médecins, ni de « bronca » des directeurs d'hôpitaux. Cette croyance, qui peut être résumée par l'expression d'un « gouvernement en douceur », renvoie à plusieurs caractéristiques des indicateurs.

D'abord, ces indicateurs présentent l'avantage d'évaluer une thématique à la légitimité largement reconnue par l'ensemble des acteurs hospitaliers, la qualité des soins s'étant imposée progressivement comme un « nouveau paradigme de l'action collective » (Setbon, 2000). Cette légitimité renforce la croyance des réformateurs dans la capacité de ces indicateurs de se faire accepter à l'intérieur des hôpitaux, et donc à constituer des opérateurs de changement des comportements. La « politique qualité » est considérée comme un thème potentiellement fédérateur et intégrateur à l'intérieur des établissements. Plusieurs réformateurs considèrent en outre que les indicateurs de qualité sont susceptibles d'être mieux acceptés que les contraintes économiques déployées notamment à travers la tarification à l'activité.

« L'idée, c'était de dire "en matière de qualité, il faut mettre une pression sur les acteurs, et ensuite d'eux-mêmes, pari hasardeux, ils trouveront les BONNES MANIERES de faire !" Et ma conviction c'est qu'en général, ils trouveront ! Toute la difficulté c'est d'arriver à les convaincre de la nécessité d'agir. Et en matière de qualité ça me paraissait plus facile qu'en matière de contrainte économique. En matière de contrainte économique, ils peuvent considérer que la contrainte qui pèse sur eux est illégitime. En matière de qualité, elle est légitime dans leurs propres valeurs ! » (Entretien avec un économiste de la santé à la HAS)

Ensuite, ces indicateurs ont justement été construits dans une volonté explicite d'éviter tout conflit. Cette recherche de consensus constitue l'une des explications de la construction d'IQ essentiellement tournés vers la mesure de « processus » plutôt que de « résultats ». Revendiquant pour certains une véritable « stratégie du pied dans la porte », les réformateurs considèrent que la diffusion des premières « demi-mesures » constitue une « première marche » facile à franchir pour les acteurs hospitaliers, afin de les acclimater en douceur au fait de rendre des comptes sur leurs pratiques. De ce point de vue, le sacrifice de l'intérêt intrinsèque pour le processus mesuré est compensé par la capacité d'amortir tout conflit avec les médecins, et par l'espoir de susciter un engagement dans la démarche, nécessaire au développement d'indicateurs plus proches des pratiques.

« Les premiers indicateurs sur "qualité du dossier patient", bon, c'est pas très fun, pour mobiliser la communauté médicale. [...] N'empêche, c'est la première marche. Si on ne leur montre pas que la traçabilité des infos dans le dossier c'est l'élément indispensable pour pouvoir aller au-delà, ce n'est pas la peine de faire infarctus ou AVC, on n'aura rien non plus. C'est la condition nécessaire.... [...] Et puis ça ne fait pas trop bouger la communauté médicale, pas trop de baroufle, il ne fallait pas tout de suite se les mettre à dos, se les braquer parce que sinon on n'avancait pas. » (Acteur du service SIPAQSS, entretien collectif I-41)

Enfin, l'ambiguïté des IQ, induite par leur caractère composite et leurs usages équivoques, est une caractéristique importante aux yeux des réformateurs, qui la mettent en avant à leur manière. Ils

pointent l'« ouverture » de ces dispositifs à des approches médicales, gestionnaires, économiques. Ils soulignent que les objectifs d'usage concernent tout autant la transparence des informations aux patients et l'appropriation par les médecins dans une logique d'amélioration des pratiques que l'équipement des institutions publiques afin d'accentuer leur contrôle sur la qualité hospitalière. Si elle soulève des critiques, cette ambiguïté des IQ d'Etat constitue un gage de leur acceptabilité sociale.

« [La politique en France] c'est "je vais faire des indicateurs pour que vous puissiez vous les approprier, et progresser. C'est pas pour vous agresser". [...] C'était peut-être plus légitime d'engager la démarche en disant "ce n'est pas pour qu'il y ait un élément externe sur vous, c'est pour que la communauté se l'approprie, et que chacun puisse progresser". » (Entretien avec un inspecteur de l'IGAS, entretien I-42)

Ces indicateurs suscitent un ensemble relativement cohérent de croyances partagées par les acteurs réformateurs. Censés permettre une transformation des comportements « à distance », largement « automatique », dotée d'une « forte visibilité » mais opérant néanmoins « en douceur », ces dispositifs portent finalement l'espoir d'un « gouvernement à distance » présentant de nombreux avantages, et qui pourrait renouveler la manière de gouverner le secteur hospitalier. A travers ces croyances, on voit se dessiner clairement les grands principes de la doctrine de « l'Etat stratège » dont P. Bezes a étudié la genèse en France au cours des années 1990 (Bezes, 2005), puis le « tournant néo-managérial » depuis le début des années 2000 (Bezes, 2008) : « *Les plans de réforme sont devenus plus globaux et l'inspiration plus nettement marquée par l'importation de recettes tirées des préconisations d'une doctrine protéiforme, le New Public Management (NPM) [...]. Le recours à des outils comme la gestion par objectifs, la contractualisation, les audits de performance, la rémunération à la performance ou la responsabilisation des fonctionnaires constitue désormais un ensemble de "recettes" légitimes pour résoudre les "problèmes" de l'administration française* » (Bezes, 2008, p. 216). Les raisonnements tenus autour des IQ s'intègrent ainsi à un plus vaste système de croyances et de valeurs, dans le registre d'une quête de « rationalité », de « modernité », « d'objectivité ». Ils sont perçus comme une instrumentation d'action publique permettant à un Etat plus fluide, moins dépensier et plus transparent d'exercer à distance un contrôle accru sur les établissements, sans susciter pour autant de conflit. Néanmoins, il serait trompeur de restreindre l'analyse des croyances réformatrices à ces « espoirs partagés ».

2) Les doutes et la réflexivité des réformateurs

Cette quête d'un « gouvernement à distance » par les indicateurs représente un espoir largement déçu, comme en témoignent les réformateurs eux-mêmes. D'une manière surprenante¹, ils

¹ On aurait pu s'attendre à rencontrer des discours contrastés entre acteurs optimistes et pessimistes selon les positions adoptées dans le développement des instruments. Si des nuances existent évidemment, l'enquête par entretiens a surtout révélé que la plupart des acteurs rencontrés tiennent ce discours ambivalent, dans lequel coexistent les espoirs et les déceptions. Il est arrivé régulièrement que les acteurs alternent, au cours des mêmes entretiens, engagement vis-à-vis des

caractérisent à leur façon la dimension « mythique » (Bezes, 2000) du gouvernement par les IQ. Sensibles à un certain nombre de tensions, ils doutent de la capacité de ces « demi-mesures » à permettre de gouverner effectivement, soulignent les effets pervers liés à la réactivité des acteurs face aux indicateurs, et vont jusqu'à craindre que la politique d'amélioration de la qualité par les IQ ne se limite dans les faits à un « leurre » d'action publique peu à la hauteur des enjeux.

Gouverner « en douceur »... par des indicateurs inefficaces ?

En dépit des avantages attendus, les réformateurs doutent de la capacité des indicateurs tels qu'ils sont déployés à partir de 2005 à être dotés d'effets concrets sur les acteurs hospitaliers, et sur le « niveau effectif » de la qualité hospitalière.

« Pour le moment, on n'a pas d'étude qui nous dit que ça marche vraiment ! [...] Même dans le cas anglais ils reconnaissent qu'on ne sait pas vraiment... » (Entretien avec un inspecteur général des affaires sociales, entretien I-42)

Ces « doutes » des acteurs s'articulent principalement autour de trois problèmes. Le premier renvoie au degré d'effectivité du « levier » que représente l'affichage public des informations sur les pratiques hospitalières. En dépit de la conviction d'un impact fort sur les acteurs, la plupart des réformateurs soulignent les faiblesses de cette diffusion publique sur les sites officiels du ministère de la Santé et de la Haute Autorité de santé. Selon les réformateurs, la plupart des études réalisées à ce sujet en France, mais aussi à l'étranger, montrent surtout un faible impact de ces « mesures » sur le comportement des patients, dont la surveillance semble illusoire.

« Grosso modo, il ne se passe pas grand-chose. Si on fait l'hypothèse qu'on a une "demande" de soins de la part de l'usage-consommateur-citoyen... Bon, on a absolument aucun effet de ce côté-là. C'était assez flagrant dans la littérature... Les usagers, ils les demandent, ces informations, mais ils ne s'en servent pas. Il y a plutôt une sorte de devoir d'information, de transparence, d'accountability, comme disent les anglais... Sans forcément qu'ils n'aient des effets... Donc après, il y a la question de savoir si on n'a pas trouvé les bons indicateurs... Mais, grosso modo, ça fait 20 ans qu'on cherche et qu'on aboutit aux mêmes conclusions... » (Ancien responsable du service « indicateurs » à la HAS)

Au-delà d'effets éphémères en termes d'image pour les établissements, les réformateurs en sont donc réduits à s'interroger sur l'existence d'un « effet indirect » sur les médecins, susceptibles de « fantasmer » un effet de ces indicateurs sur les patients¹.

Le second problème renvoie aux différentes tensions qui caractérisent les indicateurs. D'abord, faut-il accorder la priorité aux capacités d'objectivation des indicateurs, ou à leur capacité de transformation ? Le dilemme est complexe : si la légitimité des IQ repose sur leurs qualités

indicateurs et fortes critiques de ces indicateurs ; ou encore qu'un acteur ayant raconté toute l'histoire à travers son implication dans le processus termine l'entretien en émettant de sérieux doutes quant à l'utilité de toute cette démarche.

¹ Les acteurs mobilisent largement les résultats des différentes revues de littératures réalisées à ce sujet pour le compte de la Haute Autorité de santé (COMPAQH, 2009; Fermon et Lévy, 2005).

métrologiques, c'est-à-dire leur capacité à décrire effectivement la dimension de la qualité hospitalière qu'ils mesurent, leur « utilité » pour les réformateurs réside dans l'usage qui peut en être fait pour transformer les comportements. De nombreux réformateurs considèrent que l'équivocité des usages des IQ est un frein à l'efficacité des indicateurs. S'agit-il d'un instrument d'incitation, cherchant à faire adhérer volontairement les acteurs hospitaliers, ou d'un instrument réglementaire obligatoire sous peines de sanctions administratives ?

« Je vais vous parler d'une anecdote de film. Ça se passe dans un train, dans un western, le héros abat sauvagement et sans prévenir un cow-boy. Son copain lui dit "pourquoi tu l'as tué ?". "Je n'avais pas confiance en lui". "Comment pouvais-tu savoir que le type allait trahir ?" "C'est facile, dit-il, il avait une ceinture et des bretelles. Comment avoir confiance en un type qui n'a pas confiance en son pantalon ?" C'est un conte philosophique cher monsieur. En clair on a quand même un syndrome "bretelles et ceinture" : [...] on met la ceinture réglementaire, la bretelle incitative... Et puis on superpose. Et on tue l'acteur...» (Entretien avec un ancien dirigeant de la HAS)

Comme le raconte cet acteur historique à travers une anecdote humoristique, le refus de faire un choix clair dans les usages de ces indicateurs peut limiter la confiance qu'ils inspirent aux acteurs hospitaliers, et donc leur efficacité. Enfin, dans la mesure où ils sont constitués avant tout comme des outils d'affichage public, cherchant à projeter une information simplifiée, les indicateurs projettent un « résultat » qui ne permet pas forcément d'établir un « diagnostic » permettant une démarche d'amélioration de la qualité.

Le troisième problème renvoie au degré de pénétration des indicateurs dans les établissements, à l'intérieur des services de soins, et finalement jusqu'aux pratiques médicales quotidiennes. Selon de nombreux réformateurs, les équipes médicales ne se saisissent pas tellement de ces indicateurs qui sont largement tournés vers l'évaluation de processus ou d'éléments de traçabilité dans le dossier patient. Un membre du Collège de la HAS s'interroge notamment sur la capacité de ces indicateurs à « atteindre le lit du malade » ou à « toucher les soignants ». L'un de ses collègues qui a pourtant joué un rôle clé dans l'appropriation des indicateurs par la HAS met en doute l'effet de ces indicateurs sur « la santé du malade », et souligne qu'il n'existe pas de « preuve » de l'impact des indicateurs sur « la qualité effective des soins ». Ce doute est bien illustré par les propos suivants, tenus par une experte de la direction scientifique du ministère de la Santé (DREES), qui a joué un rôle clé dans l'initiation de la politique d'indicateurs

« La grande question : est-ce que ces indicateurs pénètrent vraiment dans les services de soin ? Est-ce qu'ils servent à quelque chose ? [...] Moi je suis toujours un peu dubitative. Je pense que les directeurs d'hôpital ont tous entendu parler des performances, ils sont très friands de ce genre de choses. [...] Après je ne suis pas sûre que ça descende au sein des services et que le pékin de base, il ait entendu parler des indicateurs. [...] J'ai peur que ça reste un peu un dogme, un affichage, dont s'emparent quelques-uns, et j'ai peur que l'administration se leurre aussi sur l'effet que ça a. » (Acteur en charge des indicateurs à la DHOS puis à la DREES, entretien I-26)

Ces trois questions renvoient évidemment au processus de construction consensuelle des indicateurs, tel qu'il a été décrit précédemment, et qui a abouti à des « demi-mesures ». On pourrait

dire que ces deux problèmes constituent finalement le « revers de la médaille » de la recherche d'acceptabilité sociale pour « gouverner en douceur ».

« Des indicateurs qui n'ont pas beaucoup de vertu métrologique ils sont acceptés socialement. Parce que les gens savent que ça ne représente presque rien. Donc ça ne gêne personne... Donc ça ne change rien aussi ! [...] On avait très peur des indicateurs sur les infections nosocomiales, mais quand on a su que ce n'étaient pas les taux d'infections nosocomiales qu'on allait comparer [siffle] ça a rassuré tout le monde. [...] Quand on a vu arriver la deuxième vague qui était les indicateurs sur la présence dans les dossiers médicaux de telle ou telle information... Déjà dès le départ on se disait "ça, ça va pas faire beaucoup de mal"... Ça ne va pas gêner grand monde... » (Entretien avec un chercheur-expert en métrologie)

A travers ces trois ensembles de problèmes, les réformateurs mettent en doute la vision d'une action publique efficace à travers les indicateurs.

Des indicateurs aux effets « automatiques »... mais potentiellement pervers ?

Si les indicateurs sont susceptibles de susciter une réactivité immédiate par l'affichage de mesures chiffrées, cette capacité d'action « automatique » est également critiquée pour être porteuse d'effets pervers. Au sein de la HAS, la question du lien « automatique » entre critère de certification et indicateurs pose notamment des questions en termes de justice jusque dans le service en charge de déployer les indicateurs, comme l'explique cet expert de la Haute Autorité de santé, qui prend la peine d'expliquer qu'il s'agit là de son avis personnel, qui n'est pas la position officielle de l'agence.

« Le lien automatique entre un critère et un indicateur me paraît dangereux. Dangereux parce qu'il y a toujours des cas particuliers, pour avoir [eu une longue expérience à l'échelle des établissements], j'avais à gérer des questions nombreuses, d'injustice, de vraie injustice liées au lien automatique des indicateurs. Et le fait que ça soit automatique, les gens de la Haute Autorité disent "on peut rien faire, c'est automatique", donc c'est à mon avis pas du plus pertinent. » (Entretien avec un acteur de la HAS)

De plus, l'automatisme des indicateurs et la réduction d'une information complexe à un chiffre-signal peut induire des pratiques déviantes autour de la mesure, connues sous le nom de *gaming*¹, consistant à améliorer les résultats chiffrés sans nécessairement améliorer la réalité évaluée par les IQ.

« Le risque c'est l'indicateur pour l'indicateur, avec tous les effets pervers, parce que je vous donne le dessous des cartes, les indicateurs ils ne sont pas contrôlés, les établissements font ce qu'ils veulent, il y en a même qui sont très bien organisés par rapport à ce sujet-là... On peut tricher ! Moi, ce que je dis, c'est que quand on est capable de s'organiser pour tricher, c'est qu'on est capable de s'organiser pour faire bien [...]. Mais enfin ça, pour l'instant, c'est un discours... on réfléchit à mettre en place un contrôle qualité des indicateurs. » (Entretien avec l'un des responsables du service indicateurs à la HAS)

Les réformateurs soulignent les nombreux effets pervers qui peuvent résulter de telles pratiques de *gaming*, parmi lesquelles la valorisation des activités mesurées au détriment des activités non mesurées, la triche dans les informations transmises aux pouvoirs publics, la sélection en amont de

¹ Les enjeux du *gaming* sont bien mis en évidence dans la littérature anglo-saxonne : voir notamment l'article de G. Bevan et C. Hood (2006) concernant le NHS. Les réformateurs sont informés par cette littérature, et conscients des jeux qui sont susceptibles d'apparaître dans les établissements français.

patients permettant de remplir au mieux les grilles d'évaluation, ou encore la surinterprétation par les patients d'une qualité en termes de traçabilité et d'organisation comme un « résultat » de la qualité des soins dans son ensemble. Cet enjeu devient prééminent lorsqu'est abordée la question d'un usage éventuel des indicateurs de qualité pour réguler économiquement l'hôpital. Même les réformateurs qui ont agi pour développer des indicateurs à cette fin adoptent au moment des entretiens un discours plus que prudent vis-à-vis de cette idée, en raison des limites des indicateurs disponibles.

« Les indicateurs ne sont pas à la hauteur de l'enjeu ! [...] Ils ont le défaut d'être parcellaires, de mettre l'accent sur une dimension du problème et pas sur les autres, d'être éventuellement manipulables [...]. Pour renforcer l'efficacité, ne faudrait-il pas mettre en place du paiement à la performance... L'idée chemine... Moi, avec le recul, je peux dire que je suis un peu plus réservé sur ce sujet ! Un de vos collègues sociologues a fait un bouquin que j'ai trouvé très intéressant, qui s'appelle "l'hôpital à l'épreuve du New Public Management"¹. Et j'ai trouvé ça très intéressant l'exemple qu'il donne sur l'indicateur de performance aux urgences, et sur le fait que les critères de performance sont en contradiction avec les valeurs profondes des professionnels. » (Entretien avec un économiste de la santé à la HAS)

Pour le dire autrement, la capacité des indicateurs à susciter « automatiquement » des changements constitue donc, pour les réformateurs, une caractéristique à double tranchant.

Action publique « visible »... ou « leurre » d'une politique qualité ?

Si les indicateurs constituent une « politique qualité » *a priori* d'autant plus intéressante qu'elle est peu coûteuse et fortement visible, certains réformateurs dénoncent les limites de la « synecdoque » qui constitue la prémisse de ces indicateurs : l'idée qu'en mesurant un thème prioritaire de santé publique, on évalue et on impacte en réalité un ensemble plus vaste, qui serait « la qualité hospitalière ». Les indicateurs sont critiqués pour leur petit nombre, et les vastes dimensions de la qualité hospitalière qui échappent à leur mesure. Nous retrouvons évidemment ici les critiques importantes sur l'absence d'indicateurs permettant d'évaluer les résultats des prises en charges, les pratiques soignantes individuelles ou à l'échelle des services, ou encore les effets systémiques des réformes hospitalières comme la tarification à l'activité.

« Des indicateurs qualité, on en a peu. On a une vision partielle de ce qu'est l'activité qualitative d'un établissement. On ne peut pas juger à long terme uniquement à partir de ces indicateurs. » (Entretien avec un économiste de la santé à la HAS)

« C'est un peu paradoxal : on s'assure que la route est bonne, qu'il y a des stations-service, que les pneus sont réparés, mais on ne regarde pas le MOTEUR ! » (Acteur de la FHF, 2010)

Pour cette raison, la plupart des réformateurs tiennent un discours qui peut sembler contradictoire au sujet des IQ en tant qu'instrumentation d'action publique. D'un côté, leurs qualités propres sont vantées. Ils sont présentés comme un dispositif crucial et puissant. De l'autre, leur rôle dans la politique de qualité et de gestion des risques est continuellement minimisé : il est rappelé que

¹ Cet acteur fait référence au livre de N. Belorgey (2010).

l'indicateur ne constitue pas l'ensemble de la politique qualité, mais qu'il opère en parallèle et en complémentarité avec la certification des établissements de santé, l'évaluation des pratiques professionnelles, ou encore l'élaboration de guides pour la pratique clinique.

« Il ne faut pas non plus croire que l'indicateur va tout résoudre ! [...] Les gens parlent d'indicateurs en disant "on va mettre un indicateur, l'organisation va être résolue". Non ! Les indicateurs, c'est le tout petit outil d'en bas. Quand on fait une conduite de projet, un cahier des charges, l'indicateur, il se met en bas ! Avant, il y a l'action, qu'est-ce qu'on fait, à quoi ça sert, où on va, qu'est-ce qu'on veut, quels sont les objectifs... Quel est notre protocole, quel est notre programme, quelle action on veut mettre en œuvre, pourquoi ça sert, quel est l'impact, et après on met l'indicateur ! » (Entretien avec un acteur de la DGOS)

Pour plusieurs réformateurs, cette construction d'une politique essentiellement tournée vers l'élaboration d'instruments de mesure de la qualité susceptibles de donner lieu à des comparaisons et à un affichage public n'a pas fait ses preuves en termes d'efficacité. Ils s'interrogent donc sur le sens de cette politique, et le sens de leur action au sein de celle-ci. Ils se demandent dans quelle mesure l'ensemble de cette politique ne s'apparente pas à la diffusion de « parapluies » de désresponsabilisation en chaîne, visant à faire la preuve d'une action volontariste mais creuse. Ces propos, tenus par un acteur institutionnel qui souhaite garder l'anonymat, illustrent bien cette interrogation sur le caractère « contrephobique » des indicateurs, permettant selon lui à l'ensemble des acteurs d'un système institutionnel « sans pilote » de « faire semblant » de prendre des mesures.

« C'est un objet contrephobique les indicateurs. On mesure donc on a fait quelque chose. Plus j'en mets, plus je me sens rassuré, et plus on monte dans la hiérarchie, plus on se sent rassuré par la mesure... [...] Plus c'est utilisé en haut, moins ça a de crédit en bas... [...] Tant qu'on n'aura pas un pilotage unique, on aura toujours une diversité d'indicateurs, et on produira des indicateurs pour montrer qu'on a bien travaillé ! » (Entretien avec un acteur institutionnel)

Les réformateurs eux-mêmes, en soulignant ces limites des IQ, mettent en question le sens de la politique qu'ils ont contribué à façonner. Derrière l'espoir d'agir visiblement, efficacement, avec peu de coûts, ils se demandent si elle n'aboutit pas finalement à « montrer que l'on prend des mesures » plutôt qu'à améliorer effectivement la qualité hospitalière.

« Aujourd'hui, on n'a pas beaucoup plus de preuves que ça a des effets... On sait que ça a des effets positifs, mais qui ne sont pas massifs... On n'a pas de preuve flagrante... N'empêche que tout le monde le fait. »

Entretien avec un économiste en charge des IQ à la HAS

Dans quelle mesure les IQ constituent-ils un « instrument de gouvernement » ? Le paradoxe qui ressort de l'analyse des croyances des réformateurs ne suffit pas pour répondre à cette question. D'un côté, les indicateurs suscitent un ensemble d'espoirs réformateurs (distance, automatisme, consensus et visibilité) qui font d'eux un instrument d'action publique séduisant, porteur d'une véritable ambition de transformation du secteur hospitalier. D'un autre côté, ces IQ sont sévèrement jugés par ceux-là même qui ont collectivement participé à leur élaboration : leur capacité à

« réformer » dans les faits apparaît « mythique » aux yeux de leurs propres promoteurs. A ce stade, on ne peut donc affirmer ni que les IQ sont bâtis conformément à la technologie de gouvernement idéalisée par les réformateurs, ni que les IQ sont les instruments inopérants qui les déçoivent tant. Cette dissonance cognitive (Festinger et al., 1956) permet en revanche d'établir deux résultats.

En premier lieu, les nombreux discours de réaffirmation des « principes » qui sont derrière les indicateurs – transparence, démocratie sanitaire et auditabilité – peuvent être interprétés comme une manière de « réduire » la dissonance cognitive¹. A défaut de pouvoir revendiquer l'effectivité des indicateurs, on réaffirme la légitimité de leurs objectifs, qui justifie *en soi* leur déploiement. Ces croyances autour des IQ font ainsi écho aux définitions officielles de l'audit, analysées par M. Power (2005 [1997]) comme une « *projection normative et idéalisée des espoirs placés dans cette pratique, l'affirmation d'une possibilité plutôt que la description de faits réels. Définir l'audit consiste en grande partie à essayer de montrer ce qu'il pourrait être* » (p. 33). Les problèmes sont ainsi perçus comme essentiellement techniques : l'élaboration de nouveaux indicateurs doit permettre de progresser par tâtonnements successifs vers une démarche plus rationnelle et plus efficace dont la nécessité ne fait pas de doute. Ainsi, si les croyances autour des IQ tiennent en dépit des doutes, c'est parce qu'elles font partie intégrante d'un ensemble plus étendu de propositions axiologiques, mettant en scène le « mythe » puissant d'un « Etat stratège » (Bezes, 2005) plus rationnel, moderne, efficace, transparent et économe. Ce modèle fait sens dans l'univers bureaucratique. Puissamment ancré dans les esprits, il pèse sur l'action des acteurs institutionnels, et ne saurait être remis en question par les difficultés « opérationnelles » rencontrées autour des IQ. C'est largement au nom de ces valeurs que des dispositifs d'auditabilité qui ne satisfont personne pleinement s'imposent progressivement à tous.

En second lieu, il est évident que cette dissonance n'est pas générée *ex nihilo* à la fin des années 2000. Elle constitue plutôt le résultat d'un processus cognitif et réflexif, marqué par la circulation et l'appropriation d'un ensemble d'idées, d'informations, de raisonnements et d'arguments au cours de l'institutionnalisation des IQ. Ces éléments cognitifs proviennent pour partie des échanges que les réformateurs entretiennent avec les acteurs hospitaliers « de terrain » et leurs représentants². Ils proviennent également du petit corpus de littérature académique et institutionnelle qui s'est progressivement composé au cours des années 2000 et dont nous avons déjà vu apparaître des éléments importants dans les deux chapitres précédents. La cognition ne s'incarne pas seulement dans les croyances subjectives des acteurs sociaux : elle est aussi sédimentée dans des éléments matériels de

¹ Comme l'ont montré Festinger et al. (1956) dans leur étude de la manière dont une secte millénariste s'adapte à l'échec de sa prophétie de fin du monde, les groupes soumis à des contradictions majeures entre plusieurs « cognitions » ont tendance à éprouver un état de tension désagréable, et sont amenés à mettre en œuvre des stratégies visant à restaurer un équilibre cognitif, en modifiant leurs croyances ou leurs comportements afin de « réduire » ces dissonances cognitives.

² La deuxième partie de la thèse donnera à voir cette porosité cognitive entre les réformateurs et le monde hospitalier local, en donnant à voir le travail opéré par les principaux intermédiaires institutionnels entre les tutelles et les établissements.

nature cognitive. Le caractère incertain de ces croyances suggère de déplacer le regard vers ces flux objectivés de connaissances, afin d'interroger autrement la capacité du motif à avoir des effets.

2. Des savoirs hétérogènes en tension : la plasticité cognitive des IQ

Une deuxième manière de questionner la « force propre » du motif et la manière dont il peut « mettre en mouvement » le secteur hospitalier consiste à interroger sa « consistance » cognitive, telle qu'elle peut être objectivée par l'analyse des flux de savoirs qui convergent dans la composition des instruments. A la manière de certains travaux de sociologie des connaissances (Desrosières, 1993; Benamouzig, 2005), il s'agit dans cette section de s'intéresser aux raisonnements, aux théories et aux doctrines plus ou moins formalisés qui sont mobilisés pour construire les IQ, tels qu'ils peuvent être analysés dans un ensemble de sources écrites¹. Il ressort de cette analyse qu'un espace d'expertise hybride s'intègre autour des IQ (1), agaçant trois ensembles hétérogènes de savoirs pragmatiques (2), dont la mise en tension conduit à doter le motif d'une certaine plasticité cognitive (3).

1) Un espace d'expertise autour des IQ

Le développement d'indicateurs de la qualité hospitalière en France s'est accompagné de l'essor d'un espace d'expertise hybride, relativement ouvert, qui rapproche des savoirs différents autour de la mesure de la qualité et son instrumentation. La consistance de cet espace cognitif tient à sa structuration sous l'égide de l'Etat, autour de questions métrologiques partagées.

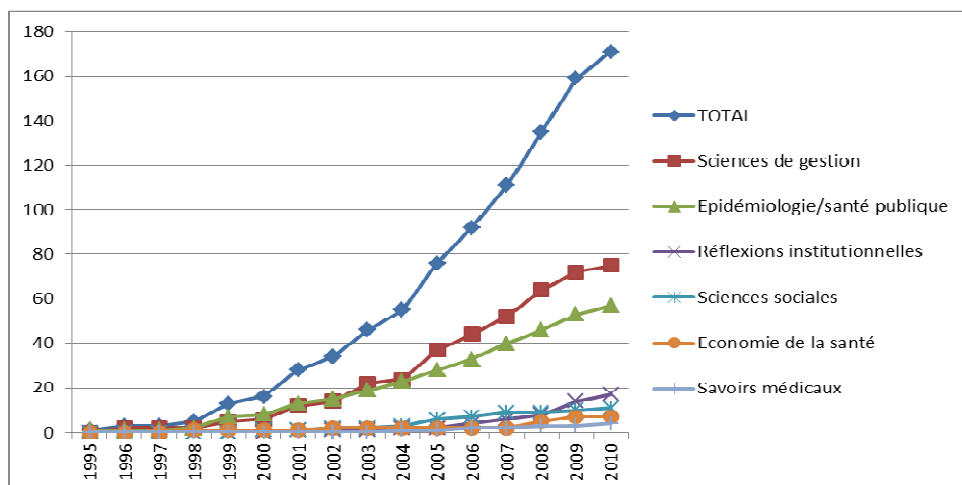
Un espace d'expertise pluriel, à dominante gestionnaire

Composé pour l'essentiel de rapports administratifs ou d'articles publiés dans des revues scientifiques, institutionnelles ou médicales, le corpus consacré aux indicateurs de qualité hospitalière en France rassemble en 2010 plus de 170 sources. Avant d'analyser qualitativement le contenu de ce corpus, il est utile d'objectiver sa composition d'ensemble, par un exercice de catégorisation des sources. A partir d'une lecture du contenu ou de l'abstract de chacun des 171 documents analysés, plusieurs variables ont été codées : année de publication, profil des auteurs, type d'espace de publication, et principal « type » de savoir mobilisé. Ces différentes variables ne se recoupent pas toujours : nous avons par exemple catégorisé quelques articles écrits par des chercheurs en gestion comme relevant principalement d'un type de savoirs de « réflexion institutionnelle », publiés dans des revues professionnelles médicales. Si ce type de catégorisation est évidemment réducteur de la complexité du contenu de chaque source, et masque la présence minoritaire de savoirs difficiles à

¹ L'enquête empirique mobilisée dans cette section a porté sur 171 documents permettant de suivre les savoirs mobilisés autour des indicateurs depuis le milieu des années 1990 et jusqu'à l'année 2010 incluse. L'enquête s'est attachée non seulement à objectiver et décrire ce corpus dans le temps et en fonction des types de savoirs, mais aussi à saisir plus qualitativement les aspects cognitifs incorporés dans les IQ. La méthodologie est développée dans l'annexe 3.

qualifier, il présente l'avantage de donner des éléments descriptifs concernant l'ensemble du corpus. La figure 3 décrit la constitution de ce corpus à travers le temps, par types de savoir.

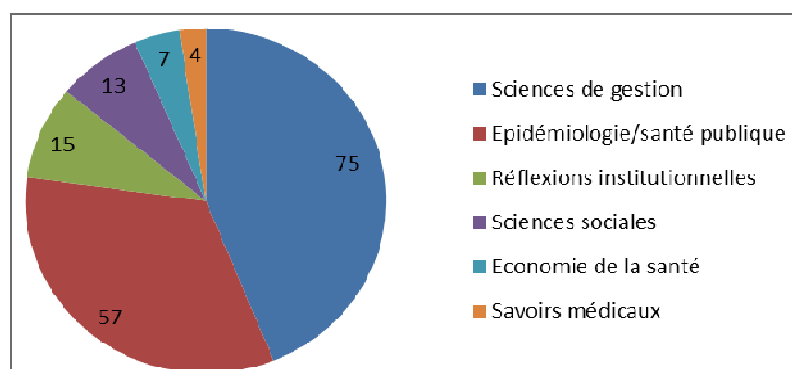
Figure 3. Constitution du corpus dans le temps et par types de savoir



Sans surprise par rapport à la dynamique d'institutionnalisation des IQ présentée dans les deux premiers chapitres, on constate que ce corpus émerge dans la seconde moitié des années 1990, qu'il prend véritablement son essor au début des années 2000, avant de connaître une croissance forte du nombre de sources qui le composent entre 2004 et la fin des années 2000. L'année 2010 semble esquisser une stabilisation, qui correspond à une certaine forme de maturité de la démarche française.

Ce graphique permet également de catégoriser les savoirs qui composent le corpus. On constate que celui-ci fait dialoguer un ensemble assez vaste de savoirs différents : les sciences de gestion, l'épidémiologie ou la santé publique, des réflexions plus institutionnelles, les sciences sociales, l'économie de la santé ainsi que des savoirs plus directement médicaux¹. La figure 4 représente la part de chacun de ces savoirs dans l'ensemble du corpus tel qu'il est composé en 2010.

Figure 4. Répartition des sources par principal type de savoir

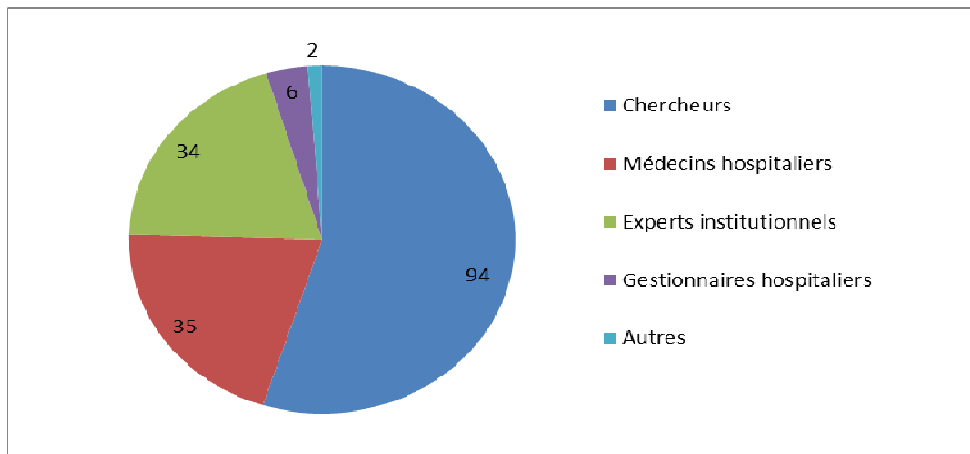


¹ Nous avons catégorisé comme « réflexions institutionnelles » un ensemble de sources qui s'intéressent essentiellement aux IQ dans le cadre de réflexions plus générales concernant la régulation du secteur hospitalier. Nous avons catégorisé comme

Le graphique établit la place prépondérante des sciences de gestion (75 sources au total) et des recherches en épidémiologie ou santé publique (57 sources) dans le corpus.

Ce corpus est également caractérisé par une certaine diversité dans le profil des auteurs contributeurs, comme le montre la figure 5. Quelques équipes de « chercheurs » occupent une place prépondérante, notamment les chercheurs dont nous avons suivi l'action à travers les réalisations du projet COMPAQH, mais aussi les chercheurs qui se sont réunis au sein du consortium CLARTE à partir de 2010. Ces chercheurs sont pour la plupart des médecins de formation, qui se sont éloignés de la pratique clinique pour s'investir dans l'évaluation médicale, les sciences de gestion, la recherche en épidémiologie ou en santé publique. Nous retrouvons également un nombre important de publications des « experts institutionnels », c'est-à-dire d'acteurs qui publient en tant que représentants d'une institution publique (comme le ministère de la Santé, la HAS, ou encore l'Assurance maladie). Parmi ces experts, nous retrouvons une variété de profils : certains sont des économistes, d'autres des médecins de formation. Pour l'essentiel, il s'agit des « réformateurs » qui ont engagé leurs institutions sur la question de la mesure de la qualité et dont nous avons élucidé les croyances partagées : certains ont d'ailleurs circulé entre les différentes institutions publiques, les fédérations hospitalières et, plus rarement, les projets de recherche élaborant des indicateurs. Le corpus est complété par des publications de « médecins hospitaliers », c'est-à-dire d'auteurs qui exercent principalement une pratique clinique, et pour lesquels la recherche scientifique n'est pas le cœur de métier. De manière plus anecdotique, on retrouve des publications de « gestionnaires hospitaliers », membres des fonctions de direction d'hôpitaux ou de cliniques, publiant la plupart du temps dans des revues professionnelles de gestion hospitalière.

Figure 5. Répartition des sources par profil des auteurs

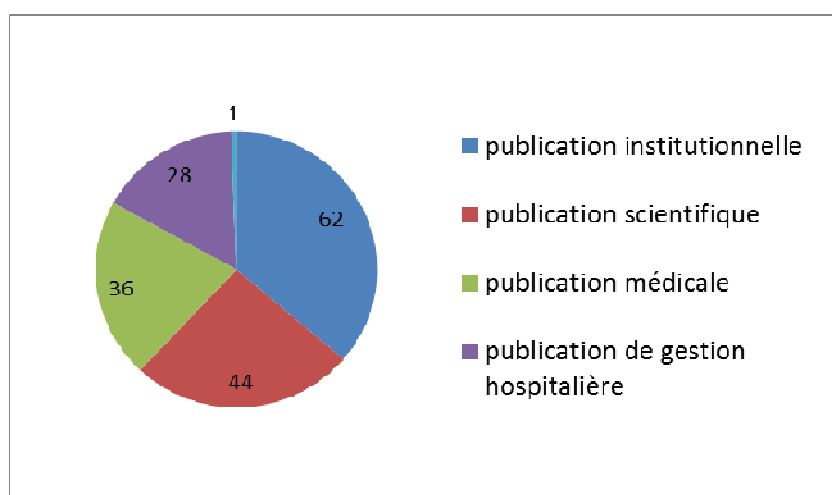


« savoirs médicaux » les sources qui développent des savoirs plus proches de la pratique clinique que de l'épidémiologie et de la santé publique.

Un corpus composé sous l'égide de l'Etat

A partir de ce panorama d'ensemble, il peut être tentant de voir dans ces indicateurs un « objet-frontière » (Star et Griesemer, 1989) qui ferait tenir autour de ces dispositifs un ensemble d'approches différentes. Le concept d'objet-frontière nous semble toutefois insuffisant pour les qualifier, pour deux raisons majeures. D'abord, en définissant surtout les objets étudiés par leur position de point de rencontre entre plusieurs mondes sociaux, ce concept ne met pas suffisamment l'accent sur leur « contenu propre », susceptible d'une forme d'autonomie par rapport aux jeux sociaux qui président à leur construction, que nous allons nous attacher à mettre en évidence dans ce qui suit. Ensuite, ce concept met en avant une mise en relation plutôt horizontale autour des objets. Il ne permet pas véritablement de saisir les hiérarchies qui peuvent exister entre les différentes approches mises en tension autour des indicateurs. Or, l'analyse de la morphologie du corpus révèle non seulement la position prépondérante des savoirs gestionnaires, mais aussi le rôle clé des institutions publiques dans la composition de cet espace d'expertise. C'est, d'abord, visible lorsque l'on caractérise ce corpus en fonction du « type de publications » (voir figure 6).

Figure 6. Catégorisation du corpus par type de publications

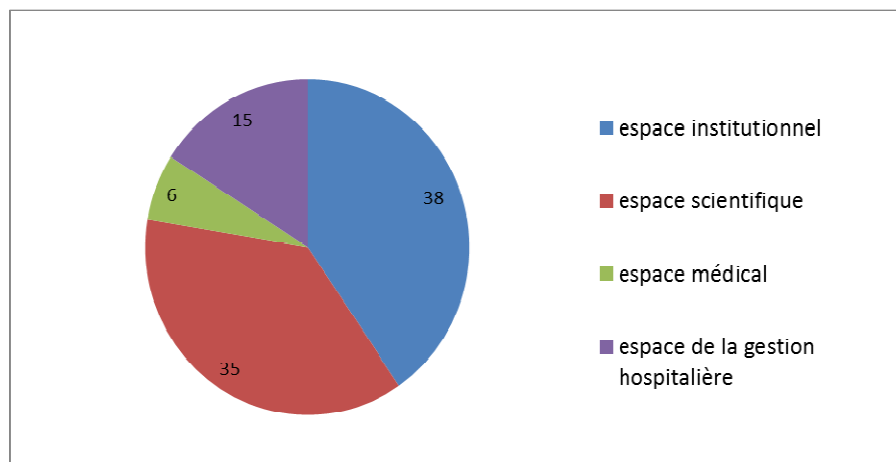


On observe la place très importante des publications « institutionnelles » (rapports de recherche, articles dans des revues institutionnelles), qui représentent 62 sources dans le corpus, à mettre notamment en regard des 44 publications « scientifiques », des 36 publications « médicales » (articles dans des revues professionnelles) et des 28 publications de gestion hospitalière (articles dans des revues de gestion hospitalière).

La figure 7 ci-après décrit quant à elle les espaces de publication des sources dont les auteurs sont des « chercheurs ». Comme nous l'avons vu, ces sources représentent la grande majorité des sources du corpus (94 sur 171, soit 55%). On constate que ces sources sont publiées majoritairement dans des espaces institutionnels, sous la forme d'articles dans des revues administratives, ou de rapports commandés par les institutions publiques (38 sources sur 94), alors que les publications dans

des espaces à proprement parler « scientifiques » (rapports de recherche, articles dans des revues de sciences de gestion, d'épidémiologie, d'économie de la santé, ou de santé publique) ne représentent que 35 sources sur 94.

Figure 7. Espace de publication des sources dont les auteurs sont des « chercheurs »



Les sources dont les auteurs sont des « experts institutionnels » représentent quant à elles 34 sources sur les 171. La grande majorité de ces experts publient dans des espaces institutionnels (24 sources sur les 34), alors qu'aucun ne publie dans des espaces médicaux. Inversement, la minorité de sources dont les auteurs sont des « médecins » (35 sources sur les 171) publient très largement dans un espace médical (29 sources sur 35), aucune n'étant publiée dans un espace institutionnel. A travers ces caractéristiques, apparaissent ainsi un espace médical de publication minoritaire, en marge de l'ensemble du corpus, ainsi qu'un espace de publication institutionnel central, très développé, véritable colonne vertébrale de cet espace d'expertise.

Ces éléments descriptifs appellent trois points de discussion. D'abord, il faut émettre l'hypothèse que cette surreprésentation des publications institutionnelles est liée au « cycle normal » de publication des recherches, qui donnent d'abord lieu à des publications sous la forme de rapports avant d'aboutir à des publications scientifiques dans des espaces plus académiques. Ensuite, il faut préciser que cet état de fait n'est sans doute pas spécifique aux IQ, et se retrouverait probablement dans la plupart des espaces de publication constitués autour d'instruments ouverts sur l'idée de « réforme ». Enfin, on peut se demander dans quelle mesure cet espace d'expertise consacré aux IQ ne réfracte pas, à son niveau, ce qui se joue plus généralement à l'échelle de l'espace cognitif de la santé publique en France, caractérisé par l'hybridation partielle et en tension de différents savoirs hétérogènes, autour des différentes formes d'intervention de l'Etat, à travers ses institutions de recherche comme ses politiques de santé. La question de la spécificité morphologique de ce corpus reste ouverte. Toujours est-il que cette morphologie confirme le rôle crucial joué par l'Etat dans l'essor et la structuration du corpus au cours des années 2000 : nous retrouvons ici, sous une forme plus quantitative, des éléments mis en évidence à travers l'histoire des IQ, notamment la place

prépondérante des espaces de publication ou de financement de la recherche offerts par la DREES et la HAS, et la place centrale des rapports COMPAQH.

Ce panorama quantitatif permet de souligner à la fois la pluralité de l'expertise, la place centrale des savoirs gestionnaires et le rôle clé des institutions publiques dans sa structuration. Il permet d'établir que les institutions publiques s'appuient sur une variété de savoirs pour bâtir des IQ susceptibles d'équiper l'auditabilité de la qualité hospitalière. Il nous faut maintenant qualifier avec plus de précision le contenu et l'agencement de ces différents savoirs.

Un espace intégré autour des questions métrologiques

Une caractéristique importante de ce corpus réside dans son caractère *intégré*. Ces sources se citent régulièrement entre elles, au-delà des frontières disciplinaires. Nous nous contenterons de donner ici quelques exemples de ce phénomène, omniprésent dès lors que l'on s'immerge qualitativement dans le corpus. D'abord, certaines sources hybrident en leur sein plusieurs types de savoirs : certains textes mobilisant des réflexions institutionnelles font par exemple une référence très précise à des approches de gestion et d'économie de la santé (Pouvoirville et Minvielle, 2002), d'épidémiologie ou à des savoirs médicaux (Lambert-Evans et al. 2009) ; des rapports porteurs de réflexions institutionnelles mobilisent les sciences de gestion, l'économie de la santé, ou encore les sciences sociales (Bras et al., 2010). Ensuite, nombreuses sont les sources coécrites par des auteurs de profils différents : il arrive qu'un chercheur en gestion publie avec des médecins hospitaliers (E. Minvielle et al., 2008) ou avec des experts institutionnels (Gardel et Minvielle, 2008). Enfin, les écrits sont souvent publiés en dehors de leurs espaces de publication « disciplinaires » : des textes mobilisant des savoirs gestionnaires et institutionnels peuvent être publiés dans des revues médicales (E. Minvielle, 2005b), des savoirs plus proches de l'épidémiologie ou de la santé publique sont souvent publiés dans des revues institutionnelles (Amalberti et al., 2007). Certaines sources assument leur position au carrefour de plusieurs « disciplines » (Leleu et al. 2011, p. 40).

Cette intégration cognitive provient largement du fait que la plupart des sources analysées partagent un intérêt commun pour certaines questions, qui se révèlent transversales aux appartenances disciplinaires, aux cadres théoriques d'analyse, et cimentées ensemble autour des « objets tangibles » que sont les indicateurs. Sans procéder ici à une analyse d'ensemble du contenu de ce corpus, il est possible de pointer quelques exemples de ces questions transversales. Les différentes sources se rejoignent notamment pour aborder les « grands objectifs » des indicateurs : comment les indicateurs peuvent-ils faire advenir la démocratie sanitaire, améliorer la qualité et la sécurité des soins, rationaliser le mode de financement des établissements ? Elles partagent également un socle de références à une littérature internationale consacrée à la mesure de la qualité en santé, et à ses « pères fondateurs », qui proposent des cadres théoriques pour penser la mesure d'une qualité pluridimensionnelle (voir encadré 3). La réappropriation des analyses « classiques » de ces pères

fondateurs joue un rôle important dans la conceptualisation « pluridimensionnelle » de la qualité, et la prédominance des indicateurs de processus par rapport aux indicateurs de structure et de résultats.

Encadré 3. Les « pères fondateurs » de la qualité

L'auteur le plus souvent mobilisé est **Avedis Donabedian** (1919-2000), considéré à bien des égards comme le « père fondateur » de la littérature sur la qualité. Il intéresse les auteurs français pour deux raisons. D'abord, il propose une grille d'analyse relativement ouverte de la qualité médicale, prenant en compte une pluralité de points de vue sur cette qualité. Il opère ainsi un découpage en plusieurs « dimensions » de la qualité. De ce fait, il montre que la qualité n'est plus incommensurable, et que pour chacune de ces dimensions, il est possible de l'évaluer de manière empirique par des indicateurs. Ensuite et surtout, il est mobilisé pour sa proposition d'évaluer trois types d'éléments : la structure de soins (équipement, dotation et qualification du personnel de la structure dans laquelle s'exerce la relation thérapeutique), les processus de soins (décision et pratique médicale), et enfin les résultats de ce processus de soins (indicateurs de mortalité, de guérison, de santé).

De nombreuses sources se réfèrent également à **William E. Deming** (1900 – 1993), statisticien et consultant américain connu pour avoir développé des outils de management par la qualité très utilisés par les entreprises japonaises à partir des années 1950. Les sources mentionnent le plus souvent la « roue de Deming », méthode d'amélioration continue de la qualité reposant sur un cycle continu en quatre phases, rassemblées sous le sigle « PDCA », pour « *plan* » (planification), « *do* » (mise en œuvre), « *check* » (contrôle), « *act* » (ajustement, réaction). Dans cette perspective, les indicateurs jouent un rôle clé dans la phase de contrôle des progrès accomplis. Ils sont l'un des outils de l'amélioration continue de la qualité.

Deux autres auteurs anglo-saxons sont mobilisés, avec toutefois une place moins centrale dans la littérature. Il s'agit de **David Blumenthal** (1943 - ...) et **Donald Berwick** (1946-...), qui mobilisent une approche plus « industrielle » de la démarche qualité, autour des notions de « qualité totale » orientées vers le « client », tout en l'adaptant aux structures de soin (Robelet 2002, p.291). Avec Blumenthal et Berwick, la qualité n'est donc plus uniquement la qualité des pratiques et décisions médicales, elle est comparable à la qualité produite par des industries de service à « clientèle ».

Ces écrits partagent enfin un ensemble de questions d'ordre « métrologique », c'est-à-dire qui ont trait aux techniques de mesure de la qualité : quelles bases de données utiliser pour construire les IQ ? Quels indicateurs disposent de qualités métrologiques leur donnant une légitimité pour constituer de bons indicateurs de qualité ? Sont notamment étudiés ainsi les volumes d'activité, la mortalité hospitalière, les réadmissions hospitalières précoces, etc. Cet espace d'expertise rapproche des savoirs différents, et rassemble un ensemble pluriel d'auteurs. Ces connaissances débordent les seuls indicateurs généralisés par les pouvoirs publics. Mais ce sont bien elles qui convergent pour façonner le motif et lui donner une forme tangible : celle des IQ.

2) L'hybridation de trois types de savoirs pragmatiques dans les IQ

S'il est impossible de décrire en finesse l'ensemble de ces sources, il est utile de donner à voir un aperçu des modes de raisonnement qui constituent les différents savoirs constitutifs des IQ. A notre sens, il est possible de styliser trois ensembles-types de connaissances pragmatiques : des savoirs médicaux, qui s'avèrent cruciaux pour définir la qualité hospitalière ; des savoirs statistiques ou épidémiologiques, qui sont nécessaires pour construire des outils d'objectivation ; des savoirs normatifs, qui permettent de doter ces dispositifs d'une capacité à transformer le monde hospitalier.

Définir la qualité : la place des savoirs « médicaux »

Si les sources mettant au premier plan les approches cliniques sont rares dans le corpus, les IQ s'appuient pourtant sur des savoirs *médicaux* s'attachant à définir de bonnes pratiques cliniques, dans la continuité du mouvement d'*evidence-based medicine* qui a pris son essor depuis les années 1980 (Timmermans et Berg, 2003), progressivement intégré par les sociétés savantes médicales.

Les indicateurs reposent sur un découpage de la qualité hospitalière en dimensions susceptibles d'être évaluées par un calcul formalisé, à partir d'un certain nombre de critères sélectionnés pour constituer des « traceurs » de la qualité. Ces définitions de la qualité hospitalière reposent elles-mêmes sur deux ensembles de savoirs. D'une part, elles s'appuient sur des savoirs concernant l'organisation des établissements hospitaliers, qui s'apparentent aux sciences de gestion, en lien avec un vaste champ de littérature internationale consacré aux systèmes d'accréditation des établissements de santé. D'autre part, ces définitions de la qualité s'appuient sur des savoirs plus proches de la clinique, autour de « recommandations » médicales, de « référentiels » de prises en charge, ou de « guides de bonnes pratiques » élaborés par des représentants de la profession.

Le corpus n'a pas été constitué pour intégrer de manière systématique tous les travaux d'élaboration de référentiels, qui échappent largement à la seule question des indicateurs de qualité. Néanmoins, il est important de saisir à travers quelques exemples comment des savoirs de ce type nourrissent les IQ effectivement déployés par l'Etat. Les « objectifs de consommation » assignés aux établissements pour le calcul de l'indice de consommation de solutions hydro-alcooliques (ICSHA), généralisé par le ministère pour évaluer l'utilisation de désinfectants et donc les pratiques d'hygiène hospitalières, correspondent à des « bonnes pratiques » définies par des représentants des sociétés savantes d'hygiène hospitalière. Un bon exemple de ce travail de définition réside dans la construction de l'indicateur de tenue du dossier anesthésique généralisé par la HAS (voir encadré 4).

Encadré 4. Exemple de savoir médical : les bonnes pratiques professionnelles et indicateur DAN

Les critères utilisés pour construire l'indicateur de « tenue du dossier anesthésique » (DAN) renvoient à un travail de définition des informations utiles à une bonne prise en charge lors de l'anesthésie des patients. Dans le cas de cet indicateur, le Collège français d'anesthésie réanimation (Cfar) a publié en 2005 un référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles, dans lequel sont définies les « bonnes pratiques » qui sont déclinées en critères d'évaluation au sein de l'indicateur généralisé par la HAS en 2008. Pour illustrer ce lien, on peut prendre trois exemples parlants de la logique médicale à l'origine du choix des critères de l'indicateur DAN :

1. **L'identification du patient sur toutes les pièces du dossier** correspond à l'objectif d'éviter toute erreur d'identification lors de la prise en charge anesthésique du patient, ce type d'erreur rare pouvant avoir des conséquences désastreuses sur le déroulement de la prise en charge anesthésique et ses résultats ;
2. **La traçabilité des éventuels traitements du patient** permet de s'assurer que le médecin anesthésiste a connaissance des traitements suivis par le patient, et ainsi d'éviter toute réaction croisée non anticipée lors de l'anesthésie du patient, présentant un danger pour ce dernier ;
3. **La traçabilité de l'évaluation du risque anesthésique dans le dossier** permet de s'assurer que ce risque a été évalué correctement, en intégrant toutes les informations à disposition du médecin anesthésiste.

Ce travail de définition par les représentants des professionnels prend la forme de publications dans les revues spécialisées comme les *Annales françaises d'anesthésie réanimation* (Dahlet et al., 2010) ou la revue ou la revue *hygiènes* (Talon, 2005). La presse médicale plus généraliste accorde également une place restreinte aux débats sur la mesure de la qualité (Durieux et Ravaud, 1999). Cette définition médicale des « bonnes pratiques » susceptibles d'être évaluées constitue non seulement l'un des piliers des IQ, mais aussi l'une des conditions jugées nécessaires à leur acceptabilité par les professionnels. Ces savoirs médicaux ont une dimension pragmatique : ils sont tournés vers l'amélioration des pratiques cliniques, mais dans une logique de rationalisation professionnelle.

Objectiver la qualité : la place des savoirs « épidémiologiques »

Les indicateurs font également appel à des savoirs proches de la statistique, et plus particulièrement à des approches développées par la santé publique ou l'*épidémiologie*, que l'on peut caractériser par une approche systémique ou collective de la santé, par opposition à l'approche davantage centrée sur la pratique individuelle des savoirs les plus « médicaux » ou « cliniques ». En effet, les IQ constituent des machines à mesurer techniquement complexes. Ils impliquent de formaliser des modes de calcul, de concevoir des échantillonnages représentatifs, ou encore d'intégrer des « marges d'erreur » statistiques dans l'affichage des résultats.

La manière dont ces savoirs « statistiques » contribuent à ces enjeux de mesure et d'objectivation de la qualité hospitalière peut être donnée à voir à travers l'extrait suivant, issu d'un article publié dans la *Revue d'épidémiologie et de santé publique* (Michel et al., 2000). Les auteurs raisonnent sur la manière dont peuvent être construits des indicateurs de processus : « *Quand la mesure est basée sur des dénombrements, l'indicateur peut être exprimé comme une proportion dont le numérateur est un nombre d'événements observés dans la population étudiée et le dénominateur est le nombre total d'unités statistiques (patients, dossiers...) à risque de survenue de l'événement. [...] Lorsque des ajustements sont nécessaires, les indicateurs se présentent sous la forme de ratios standardisés dont le numérateur est le nombre observé d'événements et le dénominateur est le nombre attendu d'événements [...]. Par exemple la comparaison de la fréquence d'utilisation des psychotropes entre deux populations nécessite de prendre en compte la fréquence de la détérioration cognitive et des troubles du comportement dans les populations comparées [...].* » (Michel et al. 2000, p. 576).

Le type de réflexions contenu dans ces sources en épidémiologie ou en santé publique peut également être illustré par les débats techniques au sujet des indicateurs de mortalité. Si ces indicateurs ne sont pas ceux qui sont généralisés par les institutions publiques en 2010, nous les mobilisons ici parce qu'ils permettent tout particulièrement de saisir le type de problèmes traités par l'épidémiologie, en matière de puissance statistique ou de modalités d'ajustement à d'autres variables (voir encadré 5).

Encadré 5. Exemple de savoir épidémiologique : deux problèmes métrologiques des indicateurs de mortalité

Mobilisés dans certains systèmes étrangers (Etats-Unis, Angleterre et Allemagne notamment), les indicateurs de mortalité sont controversés dans la littérature internationale. En France, les experts français s'étant investis de manière précoce sur le sujet mettent en avant les grandes difficultés méthodologiques pour élaborer des indicateurs de mortalité indiscutables et comparatifs, essentiellement autour de deux problématiques qui peuvent être esquissées ici pour éclairer le lecteur sur ce sujet pointu.

- Un premier problème réside dans *la puissance statistique nécessaire* pour établir une comparaison de taux de mortalité. « *Le manque de puissance statistique est un facteur limitant majeur dans l'interprétation des différences de mortalité : ainsi, pour mettre en évidence une différence statistiquement significative dans les taux de mortalité entre deux hôpitaux dont l'un aurait une mortalité de 1% et l'autre de 0,5% (exemple de la prothèse de hanche), il est nécessaire d'inclure 4673 malades, ce qui correspond à 20 ans de recueil de données pour un hôpital réalisant 230 interventions par an. Le volume des interventions réalisées dans les hôpitaux les plus actifs ne permet donc pas de telles comparaisons.* (Ravaud et al., 1999).

- Un second problème réside dans *la difficulté d'ajuster* les taux de mortalité en fonction des caractéristiques des patients, de la « gravité » de leurs cas, de leur situation sociale ou des pathologies associées. Sans un ajustement pertinent, les indicateurs de mortalité ne signifient rien en termes de qualité des soins. Or, ces éléments d'ajustement ne sont pas toujours présents ou complets dans les bases de données hospitalières existant au début des années 2000, et construites autour des enjeux d'activité plus que de qualité ou de sécurité. Un certain nombre de prérequis s'imposent notamment avant d'envisager un usage des indicateurs PMSI pour construire des indicateurs de « résultat du soin » à des fins de comparaison inter-hospitalière (Couray-Targe et al., 1999)

Les raisonnements de ces approches d'épidémiologie jouent un rôle majeur dans la capacité des IQ à objectiver un phénomène dans le but d'améliorer les pratiques de prise en charge, ou les politiques publiques en lien avec ce phénomène. Il n'est donc pas surprenant que de nombreux articles consacrés aux indicateurs de qualité soient publiés dans des revues comme la *Revue d'épidémiologie et de santé publique* (François et al., 2001), *Santé publique* (Gory et al., 2003), ou encore les *Annales de Santé Publique* (Ginésy et al., 2004). Par ailleurs, sur certains thèmes, comme la sécurité des patients (Januel et al., 2010) ou la surveillance des infections nosocomiales (Tovalacci et al., 2007), les approches épidémiologiques constituent le principal socle cognitif des indicateurs de qualité. Ces savoirs épidémiologiques assument également une dimension pragmatique : la mesure et ses contraintes de robustesse n'ont de sens que parce qu'elles doivent permettre d'établir des résultats fiables au service d'une action d'amélioration, d'une politique de santé publique.

Trouver des leviers de rationalisation : la place des savoirs « normatifs »

Ces différents savoirs médicaux, d'épidémiologie ou de santé publique côtoient, au sein du corpus consacré aux IQ, un troisième type de savoirs, aux frontières parfois floues, mais que l'on peut regrouper autour de leur dimension plus explicitement *normative*, voire réformatrice : le cœur de ces différents savoirs réside dans la recherche des mécanismes d'une « transformation » ou d'une « rationalisation » gestionnaire du fonctionnement de l'hôpital et de ses activités. Différentes sources, essentiellement proches des sciences de gestion (Bérard et al., 2009) ou issues de réflexions institutionnelles (COMPAQH, 2008c), plus rarement liées explicitement à des raisonnements de sciences économiques (Pouvoirville, 1998), s'attachent à équiper les IQ d'une capacité à changer les

comportements des acteurs hospitaliers. Ils jouent notamment un rôle dans l'importance accordée à l'objectif et aux modalités d'affichage public de résultats comparatifs.

En tant qu'instruments techniques de mesure visant à produire de l'information à disposition des usagers et des régulateurs, les IQ sont nourris par la théorie de l'agence¹, dont nous avons déjà croisé le versant « pratique » à travers les croyances des réformateurs. Il s'agit bien, dans un contexte de pression sur les ressources, d'équiper le « principal » qu'est l'Etat (et, indirectement, « l'usager-citoyen-contribuable ») en informations sur l'activité de ses « agents » que sont les organisations et les professionnels du soin, en partant du fait que ces agents bénéficiaient jusque-là d'asymétries d'informations favorables accusées d'être à l'origine de problèmes de qualité. Des raisonnements de ce type sont présents dans les sources du corpus, le plus souvent implicitement : les IQ doivent permettre d'ouvrir la « boîte noire » hospitalière, à travers la production d'informations sur la qualité des prises en charge. Plus rarement, cette approche est mobilisée explicitement. Dans un chapitre d'ouvrage sous l'égide de l'OCDE, E. Minvielle et G. de Pourville mobilisent de manière particulièrement visible ce cadre d'analyse : *« la publication des données de performance relative des hôpitaux peut avoir un impact si les usagers utilisent ces informations pour choisir le lieu de leur prise en charge. Du point de vue de la théorie économique, cette publicité est justifiée pour réduire l'asymétrie d'information entre prestataires de services et bénéficiaires. Du point de vue de l'action publique, cette publicité est souhaitée au nom de la nécessaire transparence dans le fonctionnement de services publics »* (Pourville et Minvielle 2001, p. 290).

Les « usages » ou le « mode opératoire » des IQ sont également placés au premier plan d'un certain nombre de travaux institutionnels ou de sciences de gestion, qui s'attachent à travailler les usages institutionnels des IQ, à travers le potentiel d'amélioration des pratiques dans les services (COMPAQH, 2008c), la certification des établissements (Bousquet et Burnel, 2006), l'évaluation des pratiques professionnelles (Bahrami et al., 2005), ou encore la question du paiement à la performance (COMPAQH, 2008a). Ces travaux explicitement normatifs occupent une place centrale dans le corpus. En puisant un ensemble de raisonnements dans les sciences de gestion, la théorie économique, mais aussi dans des réflexions de nature institutionnelle, ils interrogent la manière dont les IQ peuvent faire levier sur le monde hospitalier, pour le mettre en mouvement et le rationaliser dans une logique gestionnaire. Certains travaux s'intéressent, par exemple, aux mécanismes par lesquels la diffusion publique doit avoir un impact sur les comportements et les pratiques des acteurs hospitaliers. La sélection suivante (voir encadré 6 ci-après) illustre bien le type de raisonnements mobilisés par ces « savoirs normatifs ».

¹ Pour une analyse sociologique de ce vaste courant qui remonte au début des années 1970 (Jensen et Meckling, 1976; Ross, 1973), voir notamment l'article de S. Shapiro (2005).

Encadré 6. Exemple de « savoir normatif » : des travaux consacrés à la régulation de la qualité

Le projet COMPAQH mène, à partir de 2006, une réflexion sur les mécanismes par lesquels la diffusion publique peut avoir un impact sur les acteurs hospitaliers.

- Une première publication, sous la forme d'un rapport intitulé *Les mécanismes de régulation de la qualité. Définition d'une typologie générique et application au service hospitalier*, est issue du travail d'une étudiante en Master2 de gestion (Pouthier et COMPAQH, 2006). Le rapport analyse les différents mécanismes de régulation de la qualité (autocontrôle professionnel, réglementation publique, incitation économique, diffusion publique d'informations), en faisant références à des savoirs économiques, sociologiques, gestionnaires, de psychologie sociale ou cognitive. Cette typologie est ensuite discutée à la lumière du cas de la régulation de la qualité des soins hospitaliers aux Etats-Unis.

- Une autre publication dans la revue *Gérer et Comprendre* est également issue d'un travail de recherche réalisé par une étudiante en Master2 Recherche en économie/gestion (Schilte et Minvielle, 2007), dans le cadre de sa participation au projet COMPAQH. Intitulé *Le classement des hôpitaux : une nouvelle manière de rendre des comptes*, l'article résume ainsi la démarche :

« Demander des comptes à ceux qui détiennent le savoir, dans un domaine où la confiance est essentielle : voilà toute la difficulté de l'application de "l'accountability" au monde médical. Non pas que ce milieu s'y refuse, mais on est passé de l'opacité de l'autoévaluation à la surexposition des classements, ceux des médias étant les plus visibles. Qui plus est, les comptes doivent être rendus non seulement sur les dépenses, mais aussi sur la qualité des soins. Face à la multiplication des classements d'hôpitaux [...], les auteurs déterminent quatre formes d'accountability, selon que les comptes doivent être rendus aux citoyens, aux payeurs, aux patients ou aux professionnels. Mais le mouvement ne cesse pas. Les avantages, les dérives et les contournements des classements incitent à se tourner vers une nouvelle forme d'accountability qui serait un compromis entre la maîtrise d'un contrôle interne et le maintien d'une exigence démocratique ». (Schilte and Minvielle 2007, p. 36)

- Cette étude est par la suite reprise dans l'article synthétique intitulé *information publique sur la qualité et comportement des patients*, publié dans le traité d'économie et de gestion de la santé (E. Minvielle, 2009).

3) Une caractéristique essentielle des IQ : leur plasticité cognitive

Ces trois types de savoirs, inégalement représentés mais tous nécessaires pour forger des indicateurs, ont une dimension pragmatique. Ils sont toutefois ouverts sur des modes d'action dont la compatibilité ne va pas de soi. Leur intégration dans un même espace d'expertise ne se fait pas sans provoquer certaines tensions entre des approches différentes de la mesure de la qualité hospitalière. Cette hybridation sous tension façonne une caractéristique essentielle des IQ : leur plasticité cognitive.

Des savoirs pragmatiques en tension

L'hybridation cognitive qui s'opère autour des indicateurs, loin d'être idyllique, met en tension des logiques différentes, voire contradictoires. Deux tensions qui sont déjà apparues à plusieurs reprises dans les deux premiers chapitres de la thèse, transparaissent tout particulièrement dans l'analyse du corpus, et se révèlent structurantes.

La première tension oppose deux conceptions différentes des usages des IQ, sédimentées dans des publications différentes du corpus. D'un côté, les savoirs les plus « médicaux », qui représentent une part restreinte du corpus, mettent essentiellement en avant le rôle des professionnels de santé, qui

sont conçus comme les principaux acteurs et les principaux destinataires des démarches de définition de bonnes pratiques médicales. Dans les publications issues de la presse médicale généraliste et dans les publications des sociétés savantes, les dispositifs de mesure de la qualité sont ainsi présentés comme un dispositif au service de la profession médicale. Les indicateurs s'apparentent alors à des référentiels et dispositifs savants élaborés par les représentants des différentes spécialités, à des fins d'autocontrôle et d'apprentissage professionnel. Les indicateurs sont un outil de connaissances (ou de « *screening* ») pour les professionnels, dans le cadre de leurs pratiques. De l'autre côté, les savoirs les plus « normatifs », qui occupent une place centrale dans le corpus, insistent davantage sur l'utilité des indicateurs comme des outils de régulation publique de la qualité hospitalière, dans une perspective de contrôle externe : les indicateurs servent alors à juger, depuis l'extérieur, de la qualité des pratiques et des organisations. Les savoirs que nous avons qualifiés de « statistiques », autour de l'épidémiologie et de la santé publique, naviguent entre ces deux types de positions, mettant en avant le rôle des professionnels et l'utilité d'incitations externes. Ces savoirs « statistiques » apparaissent ainsi plus perméables à la fois aux approches médicales et aux approches normatives, qui sont largement hybridées dans les sources d'épidémiologie ou de santé publique¹.

La seconde de ces tensions a trait à la question suivante : faut-il accorder la priorité à la capacité d'objectivation de la mesure, ou à la capacité de l'indicateur à améliorer la qualité des pratiques et des organisations ? Les contraintes « métrologiques » à prendre en compte pour obtenir un indicateur parfaitement « fiable », « valide », « représentatif », susceptible de donner lieu à des comparaisons, limite considérablement le champ des mesures susceptibles d'être utilisées pour améliorer la qualité. Pour les approches les plus « statistiques », proches de l'épidémiologie et de la santé publique, il est nécessaire de construire des indicateurs à la légitimité irréprochable, dès lors qu'il s'agit de s'en servir pour juger de la qualité des pratiques des professionnels. Or, les savoirs les plus médicaux soulignent l'intérêt d'indicateurs « repères » pour la communauté médicale, ne présentant pas les caractéristiques « métrologiques » pour permettre des comparaisons inter-hospitalières : il est par exemple intéressant pour un service de réanimation de suivre ses taux de mortalité dans le temps, ou pour un service de chirurgie de suivre son taux d'infections nosocomiales, sans qu'une comparaison inter-établissement ne soit forcément dotée de sens, en raison de nombreux biais d'ajustement de l'indicateur aux caractéristiques de l'environnement et des patients, ou encore en raison d'échantillons statistiques trop petits pour permettre une fiabilité du calcul statistique.

¹ De manière révélatrice, nous retrouvons ici l'opposition mise en évidence par A. Ogien dans son travail consacré au système des références médicales opposables déployé au cours des années 1990 (Ogien, 2001). L'auteur souligne les tensions entre deux usages de ces références médicales : d'un côté, elles doivent permettre une « *surveillance de la pratique individuelle* » (impliquant réprimande ou sanction) ; de l'autre, elles constituent une « *démarche impliquant, au niveau d'une circonscription, l'ensemble des praticiens effectuant un certain type d'acte et visant à les informer de la manière dont ils traitent telle ou telle affection, en leur signalant l'écart éventuel à la moyenne, afin de mettre en œuvre, avec eux, une action concertée pour faire cesser la dérive* ». Selon A. Ogien, cette tension est placée au cœur du travail du médecin-conseil, pris dans une injonction contradictoire entre contrôle externe et apprentissage professionnel collectif.

Inversement, certaines sources plus proches de savoirs normatifs s'interrogent sur la possibilité de relâcher certaines contraintes métrologiques, sacrifiant la « justesse » de la mesure au profit de son « usage volontariste », à l'image de choix faits dans les systèmes étrangers¹. Selon ces approches, la « vérité absolue » de la mesure importe moins que sa capacité à susciter de la réflexivité et des changements de pratique chez les acteurs : mieux vaut à la limite un indicateur biaisé mais capable de susciter le changement, qu'un indicateur susceptible de donner une image fidèle de la qualité mais qui serait incapable de « mettre en mouvement » les professionnels et les gestionnaires hospitaliers. Les techniques métrologiques entrent donc inexorablement en tension avec les différents types d'usages privilégiés par les principales approches des IQ.

Des tensions agencées dans la plasticité cognitive des IQ

Ces tensions sont davantage « agencées » que véritablement « résolues » dans les indicateurs, à travers plusieurs incertitudes déjà pointées précédemment, comme le choix privilégié d'IQ de processus (aux enjeux métrologiques moins complexes), ou encore l'équivocité des objectifs affichés pour ces IQ (censés être mis à disposition des équipes médicales locales aussi bien que des patients et des différents acteurs publics). Cette tension cognitive se traduit également par une indétermination dans le mode d'appropriation de ces dispositifs : certains auteurs militant activement pour une démarche d'enrôlement « volontaire » de la part des établissements et des professionnels, gage d'un investissement sincère et d'un intérêt pour la démarche susceptibles d'être à l'origine d'apprentissages professionnels ; là où d'autres soulignent plutôt la nécessité d'une participation « obligatoire » à la démarche réglementaire, présentée comme le gage d'une véritable implication des établissements à l'échelle nationale. Une autre indétermination réside dans la manière dont les pouvoirs publics doivent utiliser les résultats des indicateurs : s'agit-il surtout « d'encourager les meilleurs », « de pousser les moins bons à la progression », d'inciter l'ensemble des établissements à progresser, ou de fermer les établissements qui n'atteindraient pas un seuil de qualité donné ?

En un mot, la convergence de ces savoirs pragmatiques et de leurs raisonnements pluriels et en tension est à l'origine d'une certaine *plasticité cognitive* : les indicateurs sont composites plutôt qu'univoques, ouverts plutôt que fermés. Ils sont sujets à des usages diversifiés, et constituent le support d'interprétations plurivoques. A notre sens, il faut se garder de voir trop rapidement dans cette plasticité cognitive un signe de manque de consistance des indicateurs. Les « vertus méconnues » du « flou sur l'information » (Berry, 1983) ont été soulignées depuis longtemps par les analystes des outils de gestion, qui ont montré « comment des situations conflictuelles arrivent à se désamorcer par le flou, l'ambiguïté [...]. Parfois même la préservation du flou est la seule manière dont les dirigeants

¹ Les dirigeants du *National Health Service* (NHS) britannique ont fait le choix de publier des indicateurs de mortalité qui posent un certain nombre de questions métrologiques, mais qui permettent de doter les patients d'informations susceptibles de les mobiliser, et d'avoir un impact sur les professionnels (P. L. Bras et al., 2010).

peuvent permettre à l'organisation d'évoluer comme ils le souhaitent » (Berry, 1983, p. 18). Nous retrouvons également ici une intuition clé de la philosophie des techniques : « *le véritable perfectionnement des machines [...] correspond [...] au fait que le fonctionnement d'une machine recèle une certaine marge d'indétermination. C'est celle-ci qui permet à la machine d'être sensible à une information extérieure. La machine qui est douée d'une haute technicité est une machine ouverte, et l'ensemble des machines ouvertes suppose l'homme comme organisateur permanent, comme interprète vivant des machines les unes par rapport aux autres.* » (Simondon, 1989, p. 11). La plasticité cognitive des IQ peut constituer une force dans leur capacité à « donner prise » aux acteurs sociaux. A l'échelle du secteur hospitalier, les indicateurs qualité sont d'ailleurs loin d'avoir le monopole de cette plasticité cognitive : le PMSI, avant de trouver une « clarification » dans la tarification à l'activité dans les années 2000, a d'abord constitué un instrument hybride très incertain, susceptible de servir d'outil de gestion autant que d'instrument de régulation publique, ces deux usages étant également en tension (Benamouzig, 2005; Moisdon, 2000).

« The nature of this research is that of the metrological science, that shares statistical methods with epidemiology but has its own objective, even though some aspects of this research borrow knowledge from the [...] management field (feasibility and implementation of the QIs). » (Leleu et al. 2011, p. 40)

Dans quelle mesure les IQ constituent-ils un « instrument de gouvernement » ? L'étude des flux de savoirs qui convergent dans le motif suggère une réponse nuancée. Il apparaît que ces IQ ont une véritable épaisseur cognitive, qui leur donne une certaine *consistance*. Loin de ne reposer que sur les « croyances » de leurs promoteurs, ils s'appuient sur un ensemble de savoirs, de raisonnements, de théories, sédimentées dans des documents empiriquement identifiables, mis en circulation au cours des années 2000. Ces indicateurs n'ont ainsi pas été « bricolés » dans l'urgence par une petite poignée d'acteurs selon leurs enjeux propres et en fonction d'une unique « théorie » de gouvernement ou d'une doctrine claire de nouveau management public. Ils sont nourris par une richesse complexe d'éléments cognitifs, prenant la forme d'un agencement de savoirs « médicaux », « statistiques » et « normatifs ». Les dissonances sont des aspects importants des processus cognitifs d'innovation (Stark et al., 2009) qui prend la forme d'IQ. Les IQ ne constituent pas un instrument d'action publique univoque dont le mode opératoire serait intentionnel et évident. A travers leur plasticité cognitive, ils peuvent davantage être caractérisés comme des instruments *pragmatiques*, ouverts sur une pluralité de pratiques sociales, cherchant incontestablement à « mettre en mouvement » l'hôpital, mais de manière plurivoque. Pour autant, cette plasticité cognitive ne se résume pas à une convergence cognitive horizontale et à parité entre les différentes approches hétérogènes qui les composent. Ce sont bien les savoirs de gestion, explicitement normatifs, s'attachant à faire des IQ un « levier » de transformation de l'hôpital, qui occupent le centre du corpus, alors que les savoirs explicitement « médicaux » restent minoritaires, et que les référentiels de bonne pratique sont le plus souvent importés et réappropriés dans les travaux

d'épidémiologie, de gestion ou dans les travaux institutionnels. Ce sont bien les institutions publiques qui organisent ce corpus, en parallèle de l'intérêt qu'elles développent pour des IQ d'Etat. S'il est possible d'identifier une dimension *normative* des indicateurs, ouverte sur leur usage en matière de réforme du secteur hospitalier, elle est hybridée dans un ensemble plus vaste d'usages.

Ces savoirs objectivés ne sont évidemment pas isolés des autres dimensions du motif cognitif : ils nourrissent les croyances réformatrices décrites dans la première section autant qu'ils contribuent à façonner la technicité de son substrat matériel. Pour mieux saisir cette incertaine capacité des IQ à affecter le monde social, on ne peut s'en tenir à l'analyse des croyances des réformateurs, à l'analyse des savoirs qui convergent dans le motif : il nous reste à voir comment ces savoirs convergent dans la matérialité technique de l'instrument lui-même.

3. Des techniques métrologiques robustes : une technologie normative

Une troisième manière de saisir la « force propre » du motif consiste à interroger sa robustesse technique, sa capacité à « tenir » dans une « forme » matérielle objectivée, « *c'est-à-dire réalisée dans un outillage anonyme lui assurant un caractère contraignant* » (Thévenot, 1986, p. 28). Le substrat matériel du motif, qui prend ici la forme d'une instrumentation complexe, est en effet susceptible de susciter des « *effets de conviction* » relativement autonomes par rapport aux croyances ou aux savoirs (Benamouzig, 2005, p. 5). Dans la mesure où « *les objets techniques ont un contenu politique [...], constituent des éléments actifs d'organisation des relations des hommes entre eux et avec leur environnement* » (Akrich, 1987, p. 49), il est pertinent de procéder à une analyse de la « *machinerie technique* » qui compose les indicateurs. A la suite de certains travaux (Bezès, 2004¹; Zittoun, 2009), il s'agit dans cette section d'opérer cette déconstruction technique de l'instrumentation. Le substrat matériel des IQ se donne à voir à travers un certain nombre de supports écrits ou graphiques : fiches techniques, nomenclatures, descriptions de modes de calculs, graphiques, etc. Ces supports renseignent sur la manière dont les indicateurs sont susceptibles de « fonctionner ». Cette section ne peut faire l'économie d'une incursion dans les caractéristiques de la variété d'IQ d'Etat, tels qu'ils existent au tournant des années 2010 (1). Ces éléments descriptifs sont à même de nous permettre de dégager les caractéristiques plus génériques de cette instrumentation originale, dont le mode d'existence consiste à décrire la qualité hospitalière pour la transformer (2).

¹ Les travaux consacrés au « gouvernement par les instruments » s'appuient sur la sociologie de la technique pour souligner l'intérêt de se saisir des caractéristiques des instruments comme d'un révélateur des relations de pouvoir qu'ils véhiculent, ainsi que des dimensions du monde et des logiques qu'ils occultent. Mais la majorité de ces travaux se contente paradoxalement d'un traitement plutôt superficiel de cette dimension matérielle dans sa dimension cognitive. Dans l'ouvrage fondateur de cette approche en France (Lascoumes et Le Galès, 2004), la sociologie de la technique occupe une place importante dans le cadrage théorique, mais s'efface quelque peu dans la plupart des chapitres, à l'exception notable de ce chapitre consacré à un « instrument discret » de calcul de la masse salariale de la fonction publique (Bezès, 2004).

1) Tableau synchronique des IQ d'Etat au tournant des années 2010

En dépit de la complexité de ces éléments empiriques, une incursion dans le contenu technique des indicateurs est inévitable, pour deux raisons. D'une part, il est important de bien saisir leur *degré* de technicité. D'autre part, il nous paraît essentiel de mettre en évidence ce qu'ils mesurent avant d'analyser leur mode de fonctionnement générique. Nous serons amenés à suivre par la suite ces indicateurs jusque dans les établissements de santé. Dans un premier temps, une bonne manière de donner à voir le substrat matériel concret des IQ d'Etat sans se retrouver noyé sous les informations techniques consiste à procéder à une « visite guidée » progressive, conçue pour présenter un tableau synthétique des aspects techniques les plus importants, tout en illustrant ces aspects sous la forme d'encadrés présentant les différents IQ. L'ensemble de ces informations est par ailleurs repris sous la forme d'une annexe synthétique (annexe 6), qui présente les dix indicateurs d'Etat déployés à des fins d'affichage public en 2010, au moment où ils acquièrent une certaine maturité institutionnelle.

Des techniques de mesure complexes et diversifiées : panorama des IQ déployés par l'Etat

A travers des modes de calcul précis, chaque indicateur évalue une dimension spécifique de la qualité hospitalière. Avant de rentrer davantage dans les détails, il est utile de présenter succinctement les thèmes qui sont couverts par ces indicateurs de qualité. Cinq IQ concernent la « lutte contre les infections nosocomiales » et sont généralisés par le ministère de la Santé. Cinq autres indicateurs évaluent la « qualité de la prise en charge » et sont généralisés par la HAS (voir encadré 7).

Encadré 7. Panorama d'ensemble des IQ d'Etat en 2010

- 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 IQ précédents)

- Les indicateurs de prise en charge de la HAS

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

Ce panorama superficiel permet de mettre en évidence la relative diversité thématique de ces indicateurs. Elle se retrouve dans les critères d'évaluation, les modes de calcul, ou la présentation des résultats, qu'il nous faut maintenant détailler davantage¹.

En premier lieu, les indicateurs diffèrent quant au type d'élément mesuré : certains IQ mettent au premier plan des *processus d'organisation* : c'est notamment le cas de trois IQ de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN, SURVISO, ICATB). L'indicateur composite de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN) est typique de cette approche (voir encadré 8).

Encadré 8. ICALIN, un indicateur de processus

« Cet indicateur présenté sous la forme d'une note sur 100 et d'une classe de performance (A à F) objective l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales (IN) dans l'établissement, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre. Il ne s'agit pas du taux d'infections nosocomiales. »

« Pour chaque établissement, le score ICALIN est calculé à partir de trois sous-indices pondérés de façon identique pour un total de 100 points à partir de 31 critères relatifs à l'Organisation (O) en termes d'intégration de la lutte contre les IN dans le fonctionnement de l'établissement, de présence d'une instance de coordination et d'outils de gestion ; aux Moyens (M) en termes de présence d'une équipe opérationnelle d'hygiène, de formation du personnel, et de correspondants en hygiène ; aux Actions (A) en termes de présence de protocoles, de surveillances et d'évaluations. »

Cet indicateur évalue des critères relatifs à l'organisation (par exemple, l'existence d'une instance de coordination ou la présence d'outils de gestion de la prévention), des critères relatifs aux moyens de cette organisation (par exemple, l'existence d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, de correspondants en hygiène relais auprès des services, ou de programmes de formation à disposition des équipes), et des critères relatifs aux actions concrètes de l'établissement (par exemple : a-t-il mis en place des protocoles prioritaires de surveillance, une surveillance fondée sur un système de déclaration des accidents d'exposition au sang, un programme de maîtrise des bactéries multi-résistantes, une évaluation fondée sur la réalisation d'audits cliniques ?). L'indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques (ICSHA) est typique d'une approche quelque peu différente, dans la mesure où son mode de calcul place l'accent uniquement sur la quantification des *moyens* utilisés pour lutter contre les infections nosocomiales (voir encadré 9).

Encadré 9. ICSHA, un indicateur de moyens

« L'indicateur ICSHA présenté sous la forme d'un pourcentage (%) et d'une classe de performance (A à F) est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains (selon une technique de référence). »

« L'ICSHA, exprimé en pourcentage est le rapport entre le volume de produits hydro-alcooliques (PHA) consommés réellement par l'établissement et l'objectif personnalisé de consommation vers lequel l'établissement doit tendre. Celui-ci est déterminé à partir d'un référentiel national prenant en compte les types d'activités de l'établissement. »

¹ Les sélections d'informations mobilisées dans les encadrés 8 à 13 sont issues de l'*instruction DGOS-PF-192-2010 du 9 juin 2010 relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins*. Ces informations, non exhaustives, sont sélectionnées à des fins d'illustration.

Un objectif quantifié de consommation de solutés hydro-alcooliques, qui doivent favoriser l'hygiène des mains, est attribué à chaque établissement en fonction de son statut et de son activité médicale. L'indicateur met en rapport le volume d'achat effectif de solutions hydro-alcooliques par l'établissement (au numérateur) et cet objectif quantifié (au dénominateur). Certains indicateurs sont typiques d'une évaluation de la *traçabilité d'informations dans des documents administratifs*. C'est notamment le cas de l'indicateur de « délai d'envoi du courrier d'hospitalisation » (DEC), ainsi que de l'indicateur de tenue du dossier patient (TDP), détaillé ci-dessous (voir encadré 10).

Encadré 10. TDP, un indicateur de traçabilité à l'échelle du dossier de soin

« Cet indicateur, présenté sous la forme d'un score de qualité (sur 100), évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés. Pour chaque dossier tiré au sort, un score de qualité, compris entre 0 et 1, est calculé à partir de 10 critères, au maximum. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 1. »

« **Numérateur** : pour chaque dossier, le nombre de critères satisfaits est calculé à partir des dix critères suivants, dès lors qu'ils sont applicables [...] Présence d'un document médical relatif à l'admission ; Examen médical d'entrée renseigné ; Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation ; Courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval ; Rédaction d'un traitement de sortie ; Dossier organisé et classé ; Présence d'un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s) ; Présence d'un compte rendu d'accouchement ; Dossier anesthésique renseigné ; Dossier transfusionnel renseigné. [...] »

« **Dénominateur** : nombre de critères applicables pour chaque dossier. »

D'autres indicateurs évaluent plus directement la *traçabilité de pratiques médicales ou paramédicales*. C'est le cas de l'indicateur de dépistage des troubles nutritionnels (DTN), qui concerne au premier chef les services de médecine. C'est aussi le cas de l'indicateur de traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD), qui recense les traces dans le dossier du patient d'une mesure de la douleur ressentie par ce patient au cours de son séjour, cette mesure étant normalement effectuée par les personnels infirmiers (voir encadré 11).

Encadré 11. TRD, un indicateur de traçabilité des pratiques infirmières

« Cet indicateur, présenté sous la forme d'un pourcentage de dossiers conformes, évalue la traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le dossier patient. »

« **Numérateur** : Nombre de séjours pour lesquels il existe au moins un résultat de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient non algique ou au moins deux résultats de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient algique [...] »

« **Dénominateur** : nombre de séjours éligibles évalués »

En deuxième lieu, les indicateurs varient dans le degré de spécificité des éléments qu'ils évaluent. Certains IQ évaluent la qualité de manière très *transversale* à l'établissement : c'est notamment le cas de l'indicateur composite de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN) ou de l'indicateur de tenue du dossier patient (TDP). D'autres indicateurs sont plutôt *focalisés sur un groupe professionnel* médical ou paramédical. C'est le cas de l'indicateur de traçabilité de la douleur

(TRD) que nous venons de décrire. C'est aussi le cas de l'indicateur de prise en charge médicamenteuse de l'infarctus du myocarde (IDM), en cours de généralisation en 2010, qui concerne essentiellement les cardiologues, ou encore de l'indicateur d'enquête d'incidence des infections de site opératoire (SURVISO), qui concerne les équipes de bloc opératoire. C'est enfin le cas de l'indicateur de tenue du dossier anesthésique (DAN), qui concerne au premier chef les médecins anesthésistes et donne bien à voir le degré de spécificité et de technicité des pratiques évaluées (voir encadré 12).

Encadré 12. DAN, un indicateur de traçabilité pour les anesthésistes

« Cet indicateur, présenté sous la forme d'un score de qualité (sur 100), évalue la tenue du dossier anesthésique. Pour chaque dossier tiré au sort, un score de qualité compris entre 0 et 1, est calculé à partir de 13 critères au maximum. La qualité de la tenue du dossier anesthésique est d'autant plus grande que le score est proche de 1. »

« **Numérateur** : pour chaque dossier, le nombre de critères satisfaits est calculé à partir des treize critères suivants, dès lors qu'ils sont applicables : [...] identification du patient sur toutes les pièces du dossier ; Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase pré-anesthésique [...] ; Trace écrite de la visite pré-anesthésique (VPA) ; Mention du traitement habituel ou de l'absence de traitement dans le document traçant la CPA (ou la VPA) ; Mention de l'évaluation du risque anesthésique dans le document traçant la CPA (ou la VPA) ; Mention du type d'anesthésie proposé au patient dans le document traçant la CPA (ou la VPA) ; Mention de l'évaluation des conditions d'abord des voies aériennes supérieures en phase pré-anesthésique dans le document traçant la CPA (ou la VPA) ; [...] Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase per-anesthésique ; Mention de la technique d'abord des voies aériennes supérieures en phase per-anesthésique ; [...] Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase post-interventionnelle ; Trace de l'autorisation de sortie du patient de la SSPI validée par un médecin anesthésiste ; Trace écrite des prescriptions médicamenteuses en phase post-anesthésique ; [...] Rubrique renseignée (ou barrée) permettant de relever les incidents ou accidents péri-anesthésiques [...] »

« **Dénominateur** : nombre de critères applicables pour chaque dossier. »

En troisième lieu, les indicateurs diffèrent quant à la source des informations nécessaires à l'évaluation, et le type de travail de collecte qu'elle implique. Les indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales sont calculés automatiquement à partir d'un document administratif dans une logique de *reporting*, le « bilan standardisé annuel de la prévention des infections nosocomiales ». Le travail de collecte est donc largement réduit, même si chaque établissement doit tenir à disposition des autorités de tutelle un ensemble de « preuves » administratives en cas de contrôle de conformité des informations déclarées (preuves de l'existence d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales, preuve de la tenue de réunions de ce comité, preuve de réalisations d'audits ou de formations sur l'hygiène, etc.). Les indicateurs de qualité de la prise en charge reposent en revanche sur le tirage au sort de 60 ou 80 dossiers patients, qui doivent ensuite être individuellement évalués par les gestionnaires de la qualité et les médecins hospitaliers, ce qui implique un travail de recueil de l'information plus lourd au niveau local. Le résultat de ces évaluations est transmis à la Haute Autorité de santé par le biais d'une plate-forme en ligne nommée QUALHAS, qui calcule les indicateurs et livre immédiatement en retour les résultats bruts de l'établissement aux opérateurs de l'évaluation.

En dernier lieu, les indicateurs diffèrent quant à la catégorisation de leurs résultats. Certains consistent en l’affichage d’un *pourcentage*, par exemple de « conformité » dans le cas de l’indicateur de tenue du dossier patient (TDP) ou de tenue du dossier anesthésique (DAN). D’autres d’une « note » sur 20, comme dans le cas de l’indice composite de bon usage des antibiotiques (ICATB). D’autres encore s’affichent sous une réponse « binaire », comme c’est le cas de l’indicateur d’enquête d’incidence des infections de site opératoire – SURVISO (voir encadré 13).

Encadré 13. SURVISO, un indicateur binaire

« L’indicateur SURVISO présenté sous la forme d’une réponse binaire OUI/NON, objective la mise en place par l’établissement d’une surveillance épidémiologique des patients après leur intervention chirurgicale (dite surveillance des infections du site opératoire). [...] »

« Le critère est égal à « oui » si l’établissement de santé a mis en place une surveillance des infections du site opératoire. En fonction du nombre de disciplines bénéficiant de cette surveillance, le critère est pondéré lors de sa prise en compte dans le calcul du score agrégé. Il ne permet pas de mesurer la fréquence des infections du site opératoire. »

A partir de leurs résultats numériques, certains indicateurs donnent lieu à un *classement* de l’ensemble des établissements comparables de par leur taille et leur statut en plusieurs « classes de performance » regroupant des intervalles de scores aux différents indicateurs. Si l’on prend l’exemple de l’indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques (ICSHA), cinq classes de performance sont définies de A à F, selon que l’établissement se situe au-dessus de 90% de son objectif personnalisé (A) ; entre 70% et 90% (B) ; entre 30% et 70% (C) ; entre 10% et 30% (D), inférieur à 10% (E), ou n’a pas répondu à l’enquête (F).

Cette « visite guidée » donne un premier aperçu de la diversité des IQ, et de leur degré de technicité. Les IQ impliquent un recueil de données, un système social et technique permettant de les agréger, puis de procéder à un calcul formalisé, permettant d’établir un « résultat », qui est par la suite affiché. Notons que ces caractéristiques sont importantes : elles ont notamment des conséquences sur la manière plurivoque dont les IQ sont susceptibles d’être perçus et utilisés par une variété d’acteurs.

Dimensions observées, dimensions occultées par les IQ d’Etat

Pris ensemble, ces indicateurs nous renseignent également sur la « vision implicite de l’organisation » (Moison [dir.], 1997) qu’ils véhiculent, qui est toujours une « vision simplifiée » (Hatchuel et Weill, 1992). Dans la mesure où « *le codage signifie toujours une réduction, un sacrifice* » (Desrosières, 1993, p. 198), ces indicateurs mettent en lumière certaines dimensions de la qualité hospitalière, et en laissent d’autres dans l’ombre.

D’abord, en termes de « dimensions de la qualité » mesurées, ces premiers indicateurs sont principalement orientés vers un *territoire réduit sur la carte de la qualité hospitalière*, à savoir la lutte contre les infections nosocomiales, et la qualité de la tenue du dossier des patients. Dans l’ensemble, ces indicateurs placent au cœur de leurs évaluations des processus d’organisation plus que des résultats

cliniques. Sont donc à ce stade exclues de nombreuses dimensions de la qualité hospitalière : parmi lesquelles les résultats des soins sur l'ensemble des différentes pathologies, la mortalité hospitalière, la satisfaction des patients, la satisfaction des acteurs hospitaliers au travail, ou encore la « pertinence des actes » et les éventuels effets pervers de la T2A en termes de réadmissions précoces¹.

Ensuite, cette évaluation repose sur une caractéristique importante de ces indicateurs : leur rapport étroit à la *traçabilité* d'informations. Tout ce système d'évaluation de la qualité repose en effet sur l'existence de traces écrites des pratiques ou des organisations hospitalières. On retrouve ici l'une des caractéristiques plus générales des systèmes d'audit analysés par M. Power : « *En tant que telle, une entreprise ne peut être soumise à un audit : seuls les systèmes laissant une trace publique de ses activités le peuvent* » (Power, 2005 [1997], p. 12). La plupart des IQ évaluent donc la qualité telle qu'elle se donne à voir par la traçabilité de ces informations. Cette caractéristique révèle que les indicateurs actuels postulent l'existence d'une telle traçabilité, et ont également pour fonction d'encourager son développement. Par exemple, en mesurant la traçabilité de l'évaluation de la douleur, on cherche à développer et légitimer son évaluation dans les services. Cette traçabilité n'est pas neutre vis-à-vis de « l'auditabilité » qui est recherchée par l'intermédiaire de ces IQ. Certes, elle est vue comme un facteur d'amélioration de l'organisation des soins, de la coordination des équipes, et donc indirectement comme un « premier pas » de l'amélioration de la qualité de la prise en charge. Mais elle renvoie également à d'autres enjeux moins directement affichés : d'un côté, la formalisation du système de responsabilité à l'intérieur des hôpitaux, notamment en ce qui concerne la traçabilité des prescriptions ou des actes individuels susceptibles de donner lieu à des enquêtes, des poursuites, des évaluations de primes d'assurance ; de l'autre, l'amélioration de la traçabilité des informations médicales nécessaires au codage des séjours de patients qui sont à la source du calcul de la tarification hospitalière². En d'autres termes, les IQ mesurent donc une « qualité formelle » dont on postule qu'elle constitue le reflet de ce que l'on pourrait appeler la « qualité réelle », ce qui ne manque pas de soulever un ensemble de questions à l'intérieur des services de soins³.

Enfin, ces IQ mesurent tous la qualité à l'échelle de l'établissement de santé plutôt qu'à l'échelle du service de soins, de professionnels individuels, ou encore de filières de soins par pathologie⁴. Le choix de cette « échelle » de mesure renvoie à l'histoire institutionnelle de la

¹ Notons que cette situation évolue progressivement, dans la mesure où de nouveaux indicateurs sont en cours d'élaboration depuis 2010 (voir chapitre 2) : IQ de la prise en charge de l'infarctus du myocarde, de l'accident vasculaire cérébral, de la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie, IQ de satisfaction des patients en cours de généralisation par le ministère de la Santé. D'autres sont à un stade de développement précoce : IQ du projet CLARTE (résultat et « sécurité des soins » calculés à partir du PMSI, indicateurs de ressources humaines) ; IQ par « filières » (projet COMPAQ-HPST), ou IQ de mortalité hospitalière (projet piloté par la DREES).

² A titre d'exemple, lors des contrôles opérés par l'Assurance maladie, seuls les éléments de codage correspondant à des informations tracées dans le dossier patient peuvent faire l'objet d'une discussion concernant la pertinence du codage.

³ La troisième partie de la thèse développera ces perceptions locales ambivalentes des enjeux de traçabilité (voir chapitre 9).

⁴ Les premières réflexions sous l'égide de la DREES ont déjà fait un pas dans cette direction (voir chapitre 1), mais c'est surtout le projet COMPAQH-1 qui a orienté définitivement la mesure dans cette direction (voir chapitre 2).

régulation publique hospitalière : l'établissement constitue avant tout l'entité organisationnelle et juridique qui négocie avec les institutions publiques régionales et nationales, qui est certifiée par la Haute Autorité de santé, et qui reçoit l'enveloppe budgétaire liée à la tarification. Mais ce choix d'échelle n'est pas sans lien avec les contraintes liées aux formalisations que sont les indicateurs. Une échelle de mesure plus « micro » impliquerait un recueil de données considérablement plus coûteux s'il était produit à l'échelle des services ou des professionnels ; il soulèverait un ensemble de problèmes statistiques (notamment en termes de volumes statistiques) ; l'agrégation des informations pour organiser un affichage public et comparatif représenterait un défi méthodologique important. Une échelle de mesure plus « transversale » impliquerait également une intégration plus poussée entre médecine de ville et médecine hospitalière. De ce fait, les IQ ne permettent pas de juger de la qualité de la prise en charge dans tel service, ou par tel spécialiste de telle pathologie. Ils ne permettent pas non plus d'évaluer la qualité « globale » d'une prise en charge pour une pathologie donnée.

Ce tableau synchronique des IQ déployés par l'Etat constitue une première étape importante pour saisir les dimensions de la qualité évaluées, et celles qui sont laissées dans l'ombre. Il est surtout intéressant d'abstraire de cette diversité d'IQ les caractéristiques génériques de l'instrumentation, afin de saisir son mode de fonctionnement et sa capacité à avoir d'éventuels effets sur le monde social.

2) Le mode opératoire équivoque des IQ : décrire pour transformer

Il s'agit ici de mettre en évidence le « concept-souche » de l'instrumentation (Shinn et Ragouet, 2000, p. 456), le cœur générique de son mode opératoire, qui opère à travers sa déclinaison dans les différents IQ. Analysés sous cet angle de leurs caractéristiques génériques, les IQ peuvent être caractérisés comme une technologie d'objectivation et de transformation, qui repose sur un appareillage de quantification et d'évaluation, doté de modules d'affichage public et de comparaison.

Une technologie d'objectivation et de transformation

Ces IQ déployés par l'Etat sont structurés par une même équivoque centrale, qui constitue le mode d'existence¹ de cette « machine » : l'indicateur est non seulement un dispositif qui est conçu pour objectiver une réalité, mais également un dispositif dont la fonction est explicitement de transformer cette réalité. Les IQ dont il est question ici cherchent tout autant à « évaluer » la qualité hospitalière qu'à « l'améliorer ». Plusieurs chercheurs qui se sont intéressés aux dispositifs de quantification ont souligné l'existence d'une telle tension entre les registres de la description objective et de l'action normative. Pour J.-C. Moison, « *un outil de gestion vit toujours deux existences – celle*

¹ Nous reprenons ici l'expression utilisée par J.-C. Moison et al. (1997), qui provient elle-même du titre d'un ouvrage de G. Simondon (1989). J.-C. Moison et al. l'utilisent pour qualifier les caractéristiques techniques et cognitives des « outils de gestion », par lesquelles ces « êtres particuliers » sont susceptibles d'être dotés d'une « vie propre » dans les organisations.

qui consiste à normer les comportements et celle qui consiste à créer et propager du savoir » (Moisdon [dir.], 1997). A. Desrosières met en exergue la circularité qui existe toujours entre les « savoirs » et l'« action », autour de la constitution des données et la mise en forme des informations statistiques. Selon cet auteur, le « pouvoir de conviction » de la statistique réside dans la référence à « deux principes de solidification en général distingués, celui de la science et celui de l'Etat » (Desrosières, 1993, p. 397). D'autres auteurs (Espeland et Sauder, 2007, p. 6-7) voient dans cette tension une contradiction centrale dans l'usage et les effets des « mesures publiques » qui, tour à tour, décrivent le monde tel qu'il est, et le transforment en suscitant une réactivité.

Par rapport aux dispositifs de gestion, aux outils statistiques et aux *rankings* étudiés par ces auteurs, les IQ d'Etat ont la particularité d'assumer parfaitement cette tension fondamentale, en imbriquant ces deux registres, dont l'intégration constitue la principale raison d'être de la « machine ». Ces IQ constituent des « formalités », c'est-à-dire des « abstractions qui gouvernent » (Stinchcombe, 2001). Dans la typologie des *tools of government* de C. Hood (1986), nous sommes ici face à un dispositif dont le mode d'existence est non seulement de constituer un *detector* permettant d'obtenir des informations sur l'environnement social, mais aussi un *effector* qui donne la possibilité d'exercer une influence sur cet environnement social. Cet équivocité est bien visible dans les différentes « qualités » d'un bon IQ, synthétisées par un document de l'ANAES en 2002 (voir encadré 14).

Encadré 14. Les qualités métrologiques d'un « bon indicateur » selon l'ANAES

Dans son premier document consacré aux IQ (ANAES, 2002), l'agence nationale pour l'accréditation des établissements de santé 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).

Ce document est intéressant parce qu'il articule étroitement deux ensembles de critères d'une nature assez différente. Certains des critères de jugement du « bon indicateur » renvoient à leur robustesse statistique : la validité, la fiabilité, la précision, la spécificité et la reproductibilité de l'IQ jouent un rôle crucial pour façonner son objectivité. D'autres critères s'apparentent plutôt à des conventions sociales : la simplicité, l'acceptabilité, la pertinence, la capacité à être restitué renvoient davantage à la robustesse pragmatique de l'indicateur, à sa capacité à donner lieu à des usages sociaux. Cette équivocité constitutive de la « machine » est déclinée dans les différents éléments de son architecture.

Quantifier et évaluer : un appareil technique d'objectivation

L'indicateur constitue avant tout un instrument de quantification : il formalise, incarne et « concrétise » sous la forme d'un objet tangible un ensemble de règles sociales et d'opération techniques qui doivent permettre le calcul d'une « mesure » chiffrée, selon un processus formalisé (sous la forme d'un algorithme de calcul, souvent automatisé par l'informatique)¹. Le résultat de ce calcul doit être mis en valeur sous la forme d'un « score », qui prend le plus souvent la forme d'un rapport entre un numérateur et un dénominateur (« note », pourcentage ou ratio) ou d'une position (classement, position par rapport à la moyenne du groupe de référence, classes de résultats). La transformation d'éléments qualitatifs singuliers en éléments quantitatifs standardisés implique tout un ensemble d'opérations cognitives et techniques, de la construction de l'IQ à l'affichage de son résultat. Il est d'abord nécessaire de délimiter l'aspect de la réalité empirique qui doit être mesuré, puis de définir des critères précis qui permettent de procéder à la mesure de cet aspect de la réalité. Cette définition de critères implique également de formaliser les techniques de recueil d'informations, dans une approche nécessairement pragmatique, puisqu'il n'est possible de mesurer que des informations qui peuvent se donner à voir de manière satisfaisante dans le monde empirique, ou sont susceptibles de le devenir, notamment sous la forme de données préexistantes (bases de données administratives ou statistiques) ou sous la forme d'éléments matérialisés ou écrits (informations tracées des documents médicaux ou administratifs). Ces opérations sont formalisées dans des documents (cahier des charges, référentiel ou « mode de recueil » de l'IQ).

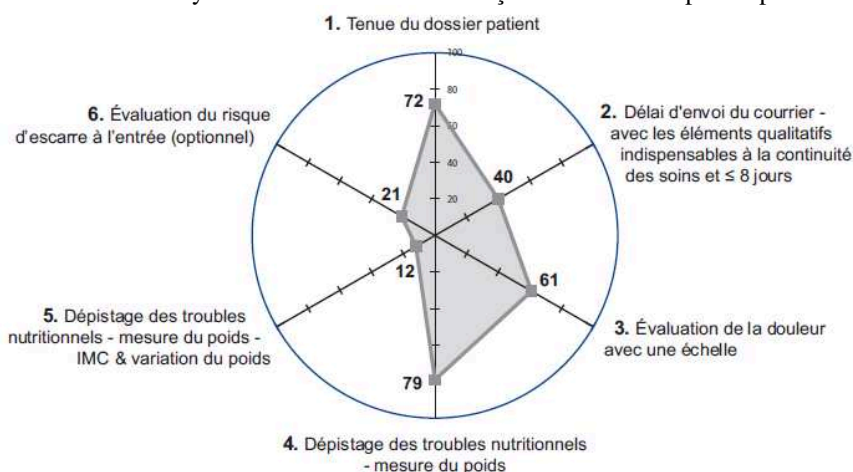
Mais cette quantification a surtout pour objet d'évaluer. Par les opérations techniques et cognitives qu'ils formalisent, les IQ se donnent le moyen d'évaluer une réalité empirique et sociale incommensurable, « la qualité hospitalière », en la décomposant en une série d'aspects objectivables, chacun de ces aspects pouvant donner lieu à une mesure quantifiée autour de critères jugés pertinents pour évaluer l'aspect en question. En tant que dispositifs d'évaluation, les indicateurs portent donc un « jugement » sur la qualité des prises en charge à l'hôpital. Comme le soulignent G. Bevan et C. Hood dans leur article consacré au déploiement d'indicateurs dans le NHS (Bevan et Hood, 2006), ce

¹ En cela, il s'apparente largement aux indicateurs statistiques analysés par A. Desrosières (1993).

procédé d'évaluation fait largement écho à la figure de style rhétorique de la « synecdoque », dans la mesure où il s'agit de décrire un ensemble (telle dimension de la qualité hospitalière) par la mesure d'une partie de cet ensemble (quelques critères-clé susceptibles d'être tracés donc évalués). Au cours de la construction des indicateurs, la démarche formelle a donc pour objectif assumé de réduire la complexité empirique à un ensemble d'éléments-clé mesurables, jugés « robustes » et « prédictifs » de la qualité au sens large. En d'autres termes, l'IQ est un outil de simplification du réel permettant de construire, par une opération de « carottage », un « reflet », ou un « artefact » de la qualité hospitalière, qui a l'avantage d'être quantifié, simple, et univoque. La construction de ces images univoques de la qualité implique également un processus de « commensuration » (Espeland et Stevens, 1998, p. 315), qui aboutit à mesurer dans une même « métrique » des choses qui, sans ce dispositif de quantification, ne peuvent être mises directement en équivalence (Espeland et Stevens, 1998, p. 315). Néanmoins, la quantification a aussi les vices de ses vertus : à travers cette « simplification du réel », les outils sont inévitablement caractérisés par une certaine « pauvreté lexicale » en comparaison de la « richesse foisonnante » du monde empirique (Moison [dir.], 1997). L'encadré 15 présente un exemple de « l'image de la qualité » que les IQ permettent de projeter.

Encadré 15. Des IQ pour projeter une « image de la qualité hospitalière »

Le graphique suivant est issu de la publication par la HAS des résultats nationaux aux indicateurs en 2010 (HAS, 2011, p. 11). Il illustre parfaitement « l'image de la qualité » univoque qu'un ensemble particulier d'IQ permet de construire et de projeter. La « qualité » des prises en charge hospitalières y est saisie par l'un de ses aspects : la qualité de la tenue du dossier des patients dans les hôpitaux. Cet aspect est évalué par six indicateurs, dont les résultats moyens des établissements français sont affichés par un pourcentage.



La mise en équivalence des scores à ces différents indicateurs, sous la forme d'un « pourcentage », permet de construire cette image visuelle de la qualité relativement simple, et à travers laquelle on saisit immédiatement les « points forts » et les « points faibles » de l'ensemble des établissements français.

Dispositifs de quantification et d'évaluation de la qualité, les IQ sont conçus pour produire une description simple mais juste de la réalité. Une partie de leur légitimité réside dans leur capacité à être perçus comme des mesures plausibles de « quelque chose qui est déjà là » (Espeland, 2001, p. 1845).

Comme l'ont montré les anthropologues, les éléments de nature *graphique* constituent un média essentiel de la cognition, dont l'usage peut transformer profondément la raison des acteurs sociaux

(Goody, 1977) : le développement d'outils aussi simples que les « listes écrites » rendent possibles la conservation d'informations complexes, l'essor de raisonnements inédits, l'essor de pratiques nouvelles (p. 141). Au moins autant que dans le cas d'autres motifs composés de raisonnements économiques (Benamouzig, 2005, p. 11), le graphisme joue un rôle crucial dans la capacité des IQ à alimenter des comparaisons et à susciter l'action des acteurs sociaux. La projection d'informations simplifiées permise par l'instrument est susceptible de devenir un support matériel de cognition pour les acteurs qui en sont les destinataires. Mais la « machine » ne se limite pas à produire des supports cognitifs descriptifs. Elle est également façonnée pour mettre en mouvement les acteurs.

Susciter la réactivité : un module d'affichage public

L'une des caractéristiques essentielles et spécifiques de cette « machine » est son orientation vers un « affichage public » à grande échelle. 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 dont la diffusion peut être ponctuelle (rapports administratifs, dossiers de presse), ou davantage automatisée (site gouvernemental, bases de données médico-administratives). Ces différents supports font l'objet d'une diffusion élargie auprès des établissements de santé, des régulateurs institutionnels à l'échelle régionale et nationale et, dans une certaine mesure, auprès du grand public. L'encadré 16 donne à voir un exemple de l'affichage public des résultats.

Encadré 16. Des IQ conçus pour être affichés publiquement

Le tableau ci-dessous est extrait du site PLATINES. Il présente les résultats d'un petit centre hospitalier de la région Rhône-Alpes aux indicateurs généralisés par la HAS pour l'année 2010. Affichés sous leur forme numérique, ces résultats sont ensuite qualifiés par des éléments graphiques comme des étoiles, des flèches ou des feux tricolores, qui permettent de présenter de manière simple l'information et de construire son sens.

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

★★★
Classe A
Des Meilleurs...

★★☆
Classe B
...aux...

★☆☆
Classe C
...Moins bons

☆☆☆
Classe D
Les non répondants

| Intitulé | Résultat de l'établissement (valeur + fouchette) | 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 ★★☆☆☆ | → | |
| Evaluation 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) <small>Afficher le détail des indicateurs composant le score BASI</small> | Non concerné | | |

Cet affichage public des informations est susceptible de transformer le monde hospitalier à travers deux mécanismes étroitement articulés.

Le premier mécanisme renvoie à la *réactivité* des acteurs sociaux aux mesures publiques, telle qu'elle est analysée notamment par W. Espeland et M. Sauder dans un article consacré aux *rankings* des *law-schools* aux Etats Unis (2007) : « *because people are reflexive beings who continually monitor and interpret the world and adjust their actions accordingly, measures are reactive. [...] Individuals alter their behavior in reaction to being evaluated, observed, or measured.* » (Espeland et Sauder, 2007, p. 2-6). A travers des formes matérielles qui permettent d'afficher publiquement des scores numériques simples et univoques, les indicateurs sont justement conçus pour susciter ce type de « réactivité » dans les établissements et les services de soin, c'est-à-dire pour changer les comportements des acteurs hospitaliers. Si l'on suit cette logique, la diffusion publique de résultats d'évaluation doit susciter pour les acteurs sociaux une réflexivité sur leurs pratiques telles qu'elles sont décrites par les indicateurs. Dans cette logique, toutes les opérations techniques et cognitives qui entourent les indicateurs sont susceptibles de 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 médicale, pourra corriger sa manière de remplir les dossiers. Cette réactivité est explicitement recherchée à travers les indicateurs et l'ensemble de formes graphiques simples et pédagogiques qui accompagnent la diffusion publique des résultats. En ce qui concerne les indicateurs généralisés par la Haute Autorité de santé, cette réactivité est également favorisée par une restitution immédiate des résultats lorsque les acteurs entrent leurs évaluations sur la plate-forme informatisée.

Le deuxième mécanisme repose sur cette réactivité, mais renvoie plus spécifiquement à la *valorisation* qui accompagne inexorablement les processus d'audit ou d'évaluation. La quantification influence la « distribution de l'attention » (Espeland, 2001, p. 1844), en désignant des éléments davantage dignes d'attention que les autres. Comme le soutient M. Power, « *lorsqu'on rend auditables les entreprises, les processus et les performances individuelles par des systèmes de mesures précis et des attributs systématiques, des valeurs implicites se dégagent. Ce qui devient officiellement visible aux yeux du public est de facto validé comme étant important. [...].* » (Power, 2005 [1997], p. 13). Dans ce sens, évaluer un aspect de la qualité hospitalière sous une forme quantifiée, c'est dans le même temps valoriser les éléments utilisés pour l'évaluation aux yeux de ceux qui sont évalués (Vatin, 2009). Par ailleurs, le caractère « public » et « dépersonnalisé » des informations qui circulent contribue à forger une croyance dans leur « valeur » (Espeland et Stevens, 1998, p. 331). On comprend pourquoi le choix des aspects évalués et des critères permettant l'évaluation est capital, puisque ce sont ces éléments qui doivent être transformés par la mesure d'informations. A titre d'exemple, évaluer les établissements sur leur qualité de prise en charge à travers un IQ mesurant le

taux de dossiers patients dans lesquels on trouve une traçabilité du poids régulière au cours de l'hospitalisation est une manière de donner de la valeur aux pratiques de surveillance de la dénutrition.

Ces deux mécanismes reposent très largement sur la « portabilité » des résultats de ce type d'IQ, dès lors qu'ils sont affichés publiquement (Espeland 2009 p. 65). Ces résultats numériques, sous une forme simple, univoque et intelligible, sont susceptibles d'être mis en forme graphiquement, et peuvent aisément circuler en s'affranchissant de la complexité des jeux de définition qui ont présidé à l'élaboration de leur mode de calcul (Porter, 1996, p. 84). La complexité du calcul devient une boîte noire réservée aux spécialistes, alors que les « nombres » sont susceptibles d'être repris et dotés de force par tout un ensemble d'acteurs sociaux : les médias¹, mais aussi les patients, les gestionnaires et les professionnels dans les établissements. Les acteurs sociaux peuvent alors s'emparer de ces mesures et s'en servir de levier sur leurs collègues dans les organisations. Comme le montrent M. Sauder et W. Espeland (2007, 2009), 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 sociaux, le pouvoir social de ce type de mesures publiques demeure fort. Par ailleurs, les anticipations des acteurs sociaux concernant la capacité de ces scores publiquement diffusés à circuler librement dans le monde social, même lorsque rien ne prouve que cette circulation est effective, est un puissant moteur de la capacité de ces dispositifs à pénétrer les organisations, et à modifier les comportements.

Au-delà d'un principe de transparence et de démocratie sanitaire régulièrement réaffirmé, l'affichage public des mesures produites par les indicateurs constitue donc un « levier » puissant pour transformer les comportements des acteurs hospitaliers. Cet affichage public est couplé à un autre aspect crucial de la machine « indicateurs » : son outillage comparatif.

Normaliser et mettre en équivalence : un module de comparaison

Les mesures numériques produites par les IQ sont susceptibles d'être agrégées, pour générer des moyennes, des quartiles, des déciles, et construire différents types de hiérarchies ou de 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, qui constituent un véritable « outillage de comparaison ». Plusieurs types de comparaisons publiques peuvent être opérées grâce à la « mise en équivalence » (Desrosières, 1993) numérique qui est opérée par ces IQ. D'abord, les établissements de santé peuvent être comparés entre eux, à l'échelle d'un même territoire. Cette comparaison peut-être nominative, ou anonyme (sous forme de « classes » par exemple, ou d'un classement non nominatif).

¹ Rappelons que les palmarès hospitaliers intègrent les indicateurs d'Etat depuis la fin des années 2000 (voir chapitre 2).

Il est ensuite possible d'opérer une comparaison des résultats dans le temps, soit à l'échelle d'un même établissement (il s'agira alors de quantifier sa progression), soit à l'échelle d'un territoire (la plupart du temps régional ou national). Il est également possible de comparer les résultats agrégés à l'échelle de plusieurs territoires. Enfin, il est possible de comparer 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 » minimal, ou objectif « cible » de performance devant être atteint par l'ensemble des établissements). Ces différents types de comparaison peuvent être agencés et combinés de diverses manières, à l'intérieur des mêmes formalisations. L'encadré 17 présente quelques éléments graphiques commentés, afin de donner à voir cet outillage de comparaison.

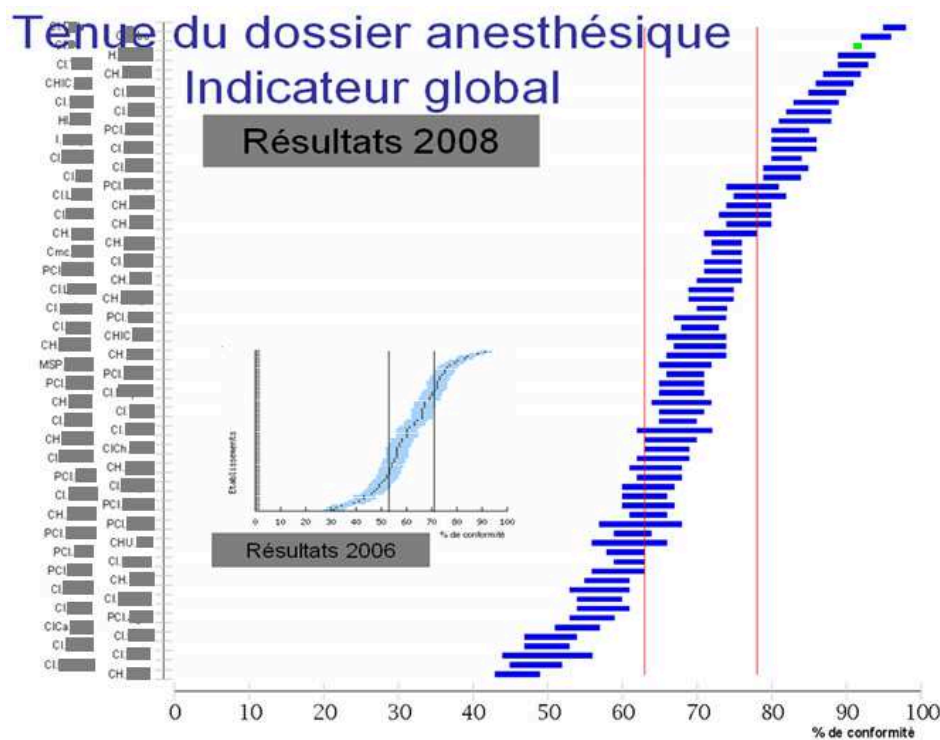
Encadré 17. Un outillage de comparaison

Exemple 1. « Benchmarking régional »

Le graphique ci-dessous représente la comparaison des 70 établissements de santé aquitains à partir de leurs scores à l'indicateur de tenue du dossier anesthésique pour l'année 2008. Construit, puis projeté dans le cadre d'une réunion de l'Agence régionale de santé en 2009, il permet de situer nominativement les établissements les uns par rapport aux autres.

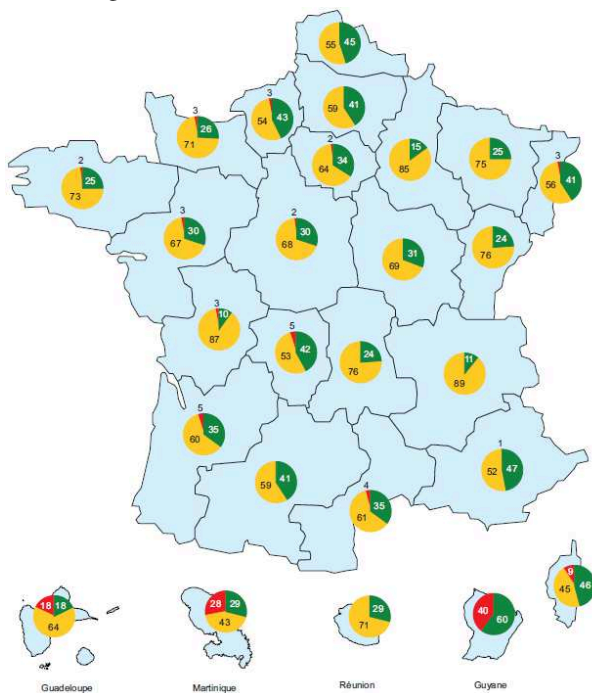
Chaque ligne bleue horizontale représente le score d'un établissement en ce qui concerne le « pourcentage de conformité » des dossiers anesthésiques, en prenant en compte un « intervalle de confiance » statistique. Les deux lignes rouges verticales représentent l'espace à l'intérieur duquel sont regroupés les 50% des établissements de la « norme », ce qui permet de mettre en évidence des « déviants » au sens statistique.

A l'arrière-plan est projetée la courbe d'ensemble pour l'année 2006, ce qui permet d'observer un déplacement global de la courbe vers la droite, donc une amélioration des scores de conformité à l'échelle régionale.



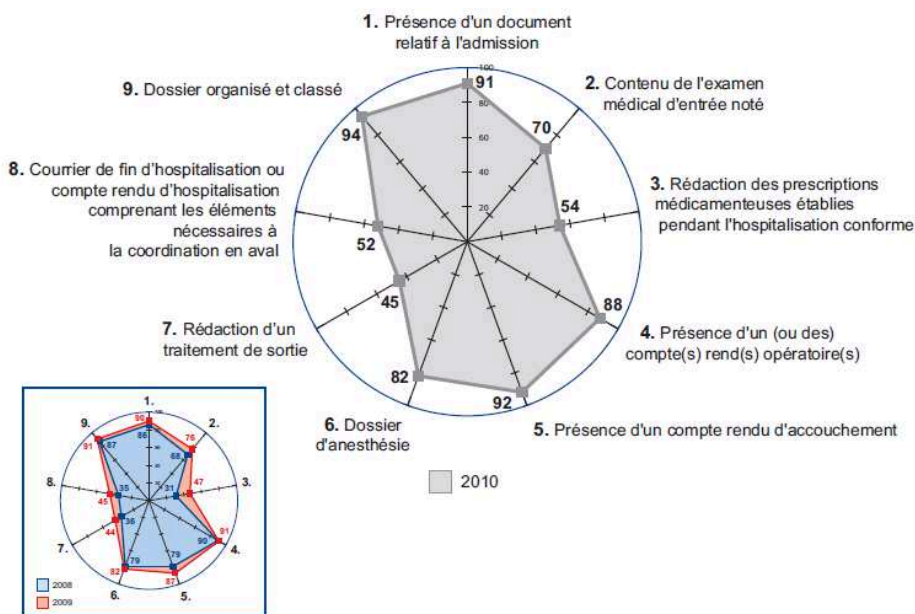
Exemple 2. Comparaison inter-régionale

Le graphique ci-dessous est extrait d'un rapport de la HAS présentant les résultats d'ensemble des établissements français pour l'année 2010 (Haute Autorité de santé, 2011, p. 19). Il présente une « cartographie » des scores régionaux moyens à l'indicateur « tenue du dossier patient » en regard de l'objectif « cible » de 2010 (80% de conformité). Pour chaque région est présentée la proportion d'établissements ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance (en vert), la proportion d'établissements n'ayant pas atteint l'objectif de performance (en orange), la proportion d'établissements n'ayant pas répondu à l'obligation de recueil (en rouge).



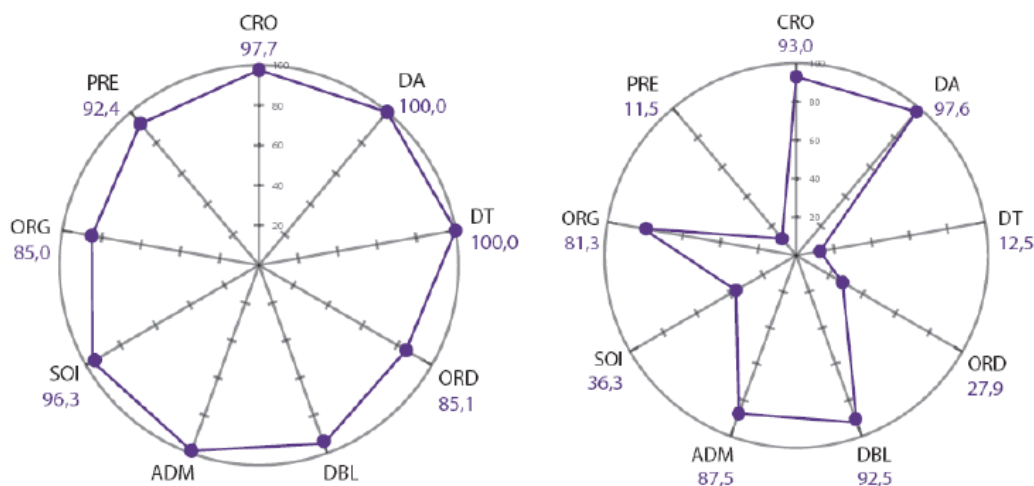
Exemple 3. Comparaison évolutive et analytique des résultats globaux

Le graphique ci-dessous, issu du même rapport (Haute Autorité de santé, 2011, p. 14), présente les résultats de l'ensemble des établissements français pour l'année 2010 pour l'indicateur de « tenue du dossier patient ». Il permet de comparer non seulement les taux de conformité des différents critères de l'indicateur, mais également de comparer les scores 2010 aux scores 2009 et 2008, afin de comprendre quels critères ont le plus ou le moins progressé.



Exemple 4. « Benchmarking » entre deux établissements

Les deux graphiques suivants, projetés dans le cadre d'une réunion plénière du projet COMPAQH en 2007, permettent de mettre côte à côte les « performances » de deux centres de lutte contre le cancer, concernant neuf critères de l'indicateur « tenue du dossier patient », comme la présence d'un compte-rendu opératoire (CRO), la présence d'un dossier anesthésique (DA), la présence d'un document médical relatif à l'admission (ADM), le constat d'un dossier organisé et classé (ORG), ou la présence d'une trace écrite des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (PRE).



Ces deux graphiques permettent de constater que l'établissement de gauche a des scores largement supérieurs à l'établissement de droite, et sur quels critères cette différence est la plus marquée. On perçoit à travers ces deux graphiques l'ambition analytique de ce type de *benchmarking*, qui doit permettre une circulation des « bonnes pratiques » des « meilleurs » vers les « moins bons ».

Cette modalité comparative ne se joue pas uniquement en aval de la construction des IQ. Le module comparatif est placé au cœur même de la construction des IQ en amont de leur diffusion, et structure la manière dont ils sont bâtis, puisqu'ils doivent permettre une reproductibilité de la mesure dans l'ensemble des établissements, et doivent, pour être utiles, mettre à jour une variabilité des résultats. Cet outillage de comparaison n'est pas neutre. Il est susceptible de mettre en mouvement les acteurs sociaux à travers deux mécanismes différents.

En premier lieu, la comparaison constitue un puissant dispositif de *normalisation disciplinaire* (Foucault, 1975; Sauder et Espeland, 2009). La principale raison d'être de cet outillage comparatif public est de susciter la « réactivité » attendue de la part des différents acteurs hospitaliers, afin de les pousser à améliorer leurs pratiques. L'hypothèse qui sous-tend ce « module » de la machine est qu'il ne suffit pas de projeter publiquement des résultats abstraits pour obtenir des changements de comportements. Au contraire, il est nécessaire de mettre les résultats de l'évaluation en regard d'un ensemble composite de normes, qui donnent son sens à la mesure. Les « cibles » définies à l'échelle nationale constituent des normes officielles, les objectifs affichés. Mais la « norme statistique » joue également à plein à travers la comparaison, qui permet 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 Internet du ministère n'adopte pas la logique du « palmarès individuel », le système de classement est clairement construit pour blâmer les établissements

« déviants », obtenant de mauvais résultats, ou, pire, refusant de « jouer le jeu » de la mesure (classe dite des « non répondants »). Les mauvais résultats apparaissent souvent en rouge dans les éléments graphiques. Comme dans le système disciplinaire, cette « classe honteuse » n'existe que pour disparaître (Foucault, 1975, p. 214).

Plus généralement, la comparaison inter-établissements est construite pour permettre une « prise de conscience », c'est-à-dire une connaissance et une reconnaissance de la variabilité des pratiques en lien avec la qualité, cette « connaissance » devant susciter à son tour une « réflexivité » des acteurs qui cherchent à comprendre les causes de leur « retard » ou de leurs « mauvais résultats », puis une « réaction » pour améliorer les pratiques. Cette « réactivité » est attendue non seulement des établissements qui ont des mauvais scores, et qui doivent être incités à « rattraper » les autres, mais aussi les établissements les mieux classés, qui doivent maintenir leur statut. Cette approche comparative postule que les acteurs sociaux, confrontés à des écarts de scores, ont envie de « faire mieux que les autres » et de le montrer, de « progresser » effectivement, et peuvent craindre les effets d'un mauvais classement pour leur réputation. A travers cette réflexivité et cette intériorisation des disciplines, ce sont plus fondamentalement 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. Il en va de même pour l'organisation formalisée d'une politique locale de lutte contre les infections nosocomiales.

En second lieu, la comparaison contribue à *mettre en équivalence* des éléments qui l'étaient moins auparavant : on rapproche différentes dimensions de la qualité ; on regroupe des critères de nature très différente au sein des mêmes graphiques ou tableaux qui placent parfois côte à côte critères d'évaluation de pratiques médicales et critères d'organisation des processus de soin ; on diffuse publiquement une même information à un vaste ensemble d'acteurs du système hospitalier ; on évalue l'ensemble des établissements de santé, pourtant très diversifiés en termes de statut comme de types de missions, selon les mêmes méthodes, avec les mêmes IQ à l'échelle nationale. Il semble que cette mise en équivalence révèle la constitution ou le renforcement de ce qu'A. Desrosières qualifie comme un « espace public » intégré : « *la construction d'un système statistique est inséparable de celle d'espaces d'équivalence, garantissant la consistance et la permanence, tant politiques que cognitives, de ces objets voués à fournir la référence des débats. L'espace de représentativité des descriptions statistiques n'est rendu possible que par un espace de représentations mentales communes portées par un langage commun, balisé notamment par l'Etat et par le droit.* » (Desrosières, 1993, p. 397). Les IQ s'attachent à « faire société », à « intégrer » l'espace de la régulation hospitalière, en forgeant des représentations mentales, un vocabulaire commun¹.

¹ Les IQ ne sont que l'un des aspects de cette intégration opérée par l'intermédiaire du déploiement de systèmes d'information et d'instruments gestionnaires dans le secteur hospitalier (Benamouzig et Pierru, 2011).

A partir de cette « mise en équivalence », l’affichage public d’informations comparatives est censé contribuer à « équiper » les patients en informations sur la qualité des soins, afin d’en faire des acteurs du changement des pratiques hospitalières. « *L’information doit en effet éduquer et donner les moyens aux consommateurs d’effectuer des choix plus adéquats dans leur recours aux prestataires de soins mais aussi mieux faire entendre leurs préférences au sein du système* » (Ghadi et Naiditch 2001, p. 6). Le « patient éclairé » que les IQ doivent contribuer à faire advenir est un acteur plus « rationnel » car mieux informé, susceptible de faire pression sur les gestionnaires des établissements et sur les professionnels de santé. Mais les IQ sont également susceptibles d’être utilisés par les médecins généralistes, qui jouent un rôle central dans l’orientation des patients vers les établissements hospitaliers. Ce mécanisme est largement inspiré par l’expérience anglaise de diffusion d’IQ¹. Il s’agit d’introduire un mécanisme de concurrence sur la qualité afin de pousser les établissements à progresser. Cette concurrence entre établissements sur la question de la qualité, telle qu’elle est décrite par ces IQ, ne va évidemment pas de soi. Anticipée par certains acteurs hospitaliers, elle peut favoriser leur entrée dans le jeu de l’amélioration des résultats.

« Au total, un indicateur est une variable qui décrit un élément de situation ou une évolution d’un point de vue quantitatif. C’est un outil d’aide à la décision, dont l’utilisation s’inscrit dans une démarche qui répond à un objectif et se situe dans un contexte donné. L’indicateur n’a d’intérêt que par les choix qu’il aide à faire dans ce cadre. » (ANAES, 2002, p. 10).

Dans quelle mesure les IQ constituent-ils un « instrument de gouvernement » ? Cette section a décrit la machinerie aux rouages complexes dans laquelle a été incarné le motif de l’auditabilité. A travers ses différents modules techniques, cette « machine à mesurer » est caractérisée par un mode d’existence particulier : décrire une facette du monde social, dans le but de la transformer. Ainsi, les IQ ne sont pas uniquement dotés d’une épaisseur cognitive. Ils ont également une robustesse technique, qui fait d’eux un support matériel de cognition tourné vers l’action. Les caractéristiques matérielles des IQ conduisent à les analyser comme une technologie *normative*, dotée d’une robustesse qui ne se résume ni aux relations de pouvoir qu’elle encapsule et qui ont présidé à sa construction, ni aux croyances subjectives incertaines qui accompagnent cette construction. Ces IQ sont chargés d’une capacité potentielle à transformer du monde hospitalier, dont le mode opératoire s’appuie sur l’équivoque entre les registres du descriptif et du normatif, et met en tension l’objectivité de la science et la normativité de l’action publique. Les IQ « indiquent » de manière explicite aux acteurs hospitaliers un certain nombre d’attentes, de règles institutionnelles, susceptibles d’être dotées d’un caractère contraignant par l’affichage public et la comparaison.

¹ Le système des *star-ratings* mis en place dans le *National Health Service* britannique est explicitement tourné vers une mise en concurrence des « offreurs » de soins par l’intermédiaire d’informations fournies aux patients et aux *general practitioners*.

Conclusion : l'étonnante charge normative des « demi-mesures »

« [Les indicateurs] c'est la croyance de base de l'économie de marché, "le consommateur avisé", quoi ! [...] Qui est clairement assumée dans l'idéologie du New Labor : "il y a les bureaucraties, nous on ne va pas les détruire comme Thatcher à coup de matraque, mais on va les remettre dans une dynamique par cette pression externe" ! [...] Dans le cas français ce n'est pas du tout assumé comme ça... [...] Il y a tous les discours autour de l'hôpital ! Il y a Sarkozy disant "je veux des indicateurs de mortalité"... Mais vous avez aussi les discours qui valorisent les professionnels et leur expertise ! Il n'y a pas une idéologie aussi forte ! »

Inspecteur général des affaires sociales, entretien I-42

En étudiant les dimensions techniques, sociales et cognitives étroitement imbriquées de la « machine » indicateurs, ce chapitre a permis de mieux qualifier l'ambiguïté intrinsèque des IQ d'Etat déjà pointée dans le chapitre 2, qui repose en fait sur plusieurs caractéristiques différentes. Cette technologie est, d'abord, *ambivalente* dans le sens que lui prêtent les réformateurs, qui voient tour à tour en elle l'incarnation d'une nouvelle manière de gouverner, prenant appui sur une forme de légitimité scientifique et technique, et une instrumentation problématique, qui n'a pas fait ses preuves, et qui ne parvient pas à s'imposer aux acteurs locaux. Cette technologie est, ensuite, caractérisée par sa *plasticité cognitive*, puisque les IQ intègrent dans leurs formes techniques des approches médicales, épidémiologiques, et plus explicitement normatives. Ces indicateurs sont, enfin, caractérisés par l'*équivoque* de leur mode d'existence : toute leur infrastructure de comparaison et d'affichage public est construite dans la tension du double registre de l'objectivité scientifique et de l'action publique, de l'abstraction descriptive et de la conformation normative.

Ces différentes qualités originales des IQ ne font pas pour autant d'eux un instrument « mou » ou « creux ». Nous sommes, au contraire, en face d'un paradoxe surprenant : en dépit de leur institutionnalisation paradoxale, de « l'absence d'idéologie forte », ces « demi-mesures » ont une étonnante charge normative. Loin de se limiter à des « entités [...] pas assez discriminantes ou qui n'ont guère de signification pratique », produites par des acteurs sommés « de définir des indicateurs lorsque des conflits entre opinions divergentes sont trop tranchés [...] à seule fin de combler un vide dans un tableau ou de satisfaire une demande » (Ogien, 2007, p. 150), ces IQ ont une certaine épaisseur cognitive, et une véritable robustesse technique. Ils sont adossés à des savoirs complexes, façonnés par un travail social et cognitif qui les dote de caractéristiques dignes d'« abstractions dotées d'autorité » (Stinchcombe, 2001). Les IQ sont équipés d'une certaine « adéquation cognitive » entre la qualité qu'ils cherchent à mesurer et l'image qu'ils en donnent ; d'une certaine « communicabilité » qui leur permet d'être portés par des acteurs sociaux ; ils font l'objet d'une « trajectoire d'amélioration » visant à les rationaliser et à les améliorer. La thèse de la transition d'un mode d'existence des outils de gestion tourné vers « la conformation des comportements » à un mode

d'existence tourné vers « la connaissance et l'exploration du réel »¹ (Moisdon [dir.], 1997) appelle à être nuancée à la lumière de ces indicateurs : s'ils constituent incontestablement un support de cognition ouvert sur une pluralité d'usages, ils intègrent également, dans leur matérialité, une capacité à normaliser les hôpitaux et à modifier les comportements des professionnels. Les IQ sont ainsi à la fois des instruments *malléables* dans les usages sociaux dont ils font l'objet, et *rigides* dans leur matérialité technique. En d'autres termes, ces indicateurs sont dotés d'un *cœur* normatif rigide, entouré d'éléments plus ouverts, flous, souples et malléables.

Cette caractéristique fondamentale, qui n'a été souhaitée directement par personne mais semble « faire tenir » tout le système d'acteurs mobilisés autour des indicateurs, rappelle à quel point ce type de dispositif est doté d'une « autonomie relative » (Benamouzig, 2005) ou d'une « vie propre » (Moisdon [dir.], 1997), indexée aux jeux politiques qui ont abouti à leur élaboration, sans jamais s'y réduire complètement. Retrouverions-nous ici « l'éternel paradoxe de la société de l'audit » formulé par M. Power ? « *L'expansion de l'audit et l'hypothèse qu'il joue de nouveaux rôles sont conditionnées par son échec et par une obscurité essentielle quant à sa mission* » (Power, 2005 [1997], p. 75). A notre sens, l'ambiguïté des indicateurs ne doit pas trop rapidement être interprétée comme un indice de faiblesse ou « d'échec » dans la capacité de ces dispositifs à être porteurs d'effets sur les comportements. La dimension plastique et équivoque de ces IQ constitue peut-être moins un obstacle à leur diffusion qu'une dimension de leur « puissance sociale », de leur capacité à susciter des interprétations et des appropriations plurivoques, et à porter leur charge normative en douceur. La « machine indicateur » est sans doute davantage l'attribut d'une forme de *gouvernement par l'ambiguïté* échappant à tout contrôle exclusif par quelques acteurs institutionnels, mais portant néanmoins une entreprise de rationalisation plurivoque de l'hôpital, que l'attribut du gouvernement à distance stratégique en lequel les réformateurs s'attachent à croire malgré de sérieux doutes.

¹ « En somme, si l'on considère qu'un outil de gestion vit toujours deux existences – celle qui consiste à normer les comportements et celle qui consiste à créer et propager du savoir -, on peut résumer les évolutions actuelles par une transition du mode d'existence initialement dominant, la conformation, à l'autre, la connaissance et l'exploration du réel » (Moisdon [dir.], 1997).

Conclusion de la première partie

Rationaliser par les indicateurs pour rationaliser en douceur

« *Quantification is a way of making decisions without seeming to decide.* »

(Porter, 1996, p. 7)

Dans quelle mesure le déploiement d'indicateurs de qualité participe-il à une entreprise institutionnelle de rationalisation de l'hôpital ? Le **chapitre 1** a montré comment, entre le milieu des années 1990 et le début des années 2000, l'absence de mesure de la qualité des soins hospitaliers en est venue à devenir un « problème public », sollicitant l'intervention officielle de l'Etat. Cette première étape a été marquée par l'émergence progressive d'un motif d'action publique, composé par l'agrégation d'un ensemble d'idées, d'actions et de techniques, ne se résumant pas à la formulation d'un « projet » intentionnel de rationalisation. Le **chapitre 2** a décrit la manière dont ce motif s'est « incarné », au cours des années 2000, dans une instrumentation d'action publique qui a fait l'objet d'investissements croissants de la part des institutions régulatrices. Cette seconde étape a été marquée par l'institutionnalisation prudente et quelque peu paradoxale des IQ, qui a abouti à leur diffusion massive autour d'une pluralité d'usages inaboutis ne permettant pas d'orchestrer un véritable contrôle externe des activités hospitalières. Le **chapitre 3** a déplacé le regard de la construction du motif à sa composition sociale, technique et cognitive. Ce chapitre a mis au jour les croyances réformatrices ambivalentes que suscitent les IQ, la plasticité cognitive des savoirs pragmatiques qui les composent, et la robustesse de leurs mesures, qui les dotent d'une charge normative surprenante au vu de l'histoire de leur construction.

V. Boussard (2001) a montré comment certains indicateurs de gestion peuvent être « prégnants » dans les organisations, dès lors qu'ils « *mettent en scène, en les symbolisant, des règles sociales légitimes. Ils permettent aux règles de prendre corps, d'être visibles. Ils jouent le rôle d'étendards avec lesquels une organisation ou des groupes d'acteurs revendiquent et assoient leurs positions.* » (p. 535). Ces indicateurs « *agissent sur les acteurs parce qu'ils véhiculent une représentation de l'organisation, de ses activités et de ses acteurs. [...] Ils sont donc à voir comme des normes, des conventions, des cadres, des schèmes cognitifs, plus que comme de simples chiffres, graphiques ou tableaux de bord.* » (p. 535). A notre sens, les indicateurs de qualité sont prégnants pour le système institutionnel qui les a progressivement composés. La synthèse chronologique (voir annexe 5) met bien en avant la complexité et le caractère pluridimensionnel du processus de leur construction. Formes techniques qui résultent de ce processus, les IQ d'Etat constituent « l'étendard » visible d'une forme particulière d'action publique, qui peut être qualifiée comme une entreprise de rationalisation en douceur.

Il s'agit bien d'une *entreprise de rationalisation*. Les IQ déployés vont au-delà d'une simple euphémisation de la mise en transparence des prises en charge à l'hôpital. Loin d'être des coquilles vides, ils sont dotés d'une certaine épaisseur cognitive et d'une certaine robustesse métrologique. Loin d'être neutres, ils sont ouverts sur une pluralité d'usages normatifs 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 progressivement devenue « commensurable » par l'intermédiaire d'indicateurs d'Etat obligatoires, qui se sont imposés dans le paysage institutionnel. Cette dynamique pèse, en retour, sur le système institutionnel : la mesure comparative à des fins d'affichage public entraîne pas à pas la Haute Autorité de santé vers une régulation étatique et une logique d'auditabilité qui contraste par rapport à l'autorégulation professionnelle qui faisait l'identité de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale au début des années 1990.

Pour autant, 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 incrémental, discret et prudent. Les indicateurs de qualité ont vu le jour pas à pas, en évitant de susciter des conflits ouverts avec les acteurs hospitaliers. Certaines tensions ont évidemment marqué la genèse des IQ, et la troisième partie de la thèse reviendra sur les formes d'opposition qu'ils suscitent à l'échelle locale. Le contraste est néanmoins saisissant lorsque l'on compare cette démarche à d'autres réformes hospitalières, comme le déploiement de la tarification à l'activité (T2A), régulièrement dénoncée dans les médias par des professionnels de santé, et à l'origine de conflits majeurs entre fédérations hospitalières privées et publiques. Par le biais des instruments d'évaluation de la qualité, les institutions publiques cherchent au cours des années 2010 à transformer les comportements sans faire de vagues, en gouvernant presque « en douce » ou « sans en avoir l'air » (Belorgey, 2010). Le déploiement d'indicateurs robustes et acceptables, plastiques, équivoques, donnant lieu à des usages régulateurs effectifs peu affirmés, est typique de cette entreprise de rationalisation en douceur. Le PMSI en a constitué un précédent, en étant d'abord ouvert sur des usages sociaux variés, et peu mobilisé dans le cadre de la régulation économique de l'hôpital. L'usage récent du PMSI pour équiper un système de tarification rigide, dans une perspective de rationalisation plus brutale, est là pour souligner à quel point la carrière institutionnelle des indicateurs de qualité est sans doute loin d'être terminée, et demeure incertaine. Une question en suspens réside d'ailleurs dans la rencontre possible entre la rationalisation économique et la rationalisation par la qualité, l'usage financier des IQ faisant partie des expérimentations du ministère et du projet COMPAQ-HPST au début des années 2010.

Cette entreprise de rationalisation en douceur est moins le produit d'une « ruse » de la part de quelques acteurs stratégiques 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, se disputant une nouvelle instrumentation plurivoque, inventant ses usages au cours du processus. L'un des enjeux pour les acteurs est bien de savoir qui, à l'intérieur de l'Etat, contrôle l'entreprise de contrôle. Pour cette raison, cette entreprise de rationalisation n'est pas « gouvernée » par une élite politique, autour d'un programme partisan. Ses ambitions réformatrices sont plutôt secrétées au cours de l'action, par le travail collectif et interactif d'une petite nébuleuse de réformateurs, d'une taille beaucoup plus réduite que celle, tentaculaire, mise en évidence dans un tout autre contexte (Topalov [dir.], 1999). Elle lui ressemble toutefois en ce qu'elle est composée d'un réseau d'acteurs de statuts et de profils différents, parfois concurrents et parfois complémentaires, partageant des prémisses communes, qui ont pesé à l'intérieur ou au seuil de l'Etat pour faire émerger la question de la « transparence » hospitalière et de son instrumentation. Ces acteurs sont des économistes, des médecins, des gestionnaires d'établissements ou des hauts fonctionnaires de formation. Certains sont des chercheurs en gestion ou en santé publique, d'autres occupent des postes à différents niveaux hiérarchiques au sein d'une pluralité d'institutions. Tous n'ont pas le même degré et la même constance d'engagement dans les indicateurs de qualité¹. Si aucun de ces acteurs n'est l'unique « penseur » de la démarche, tous ont collaboré à façonner cette entreprise collective. Au cours de ce processus, des théories et des raisonnements gestionnaires en vigueur dans d'autres secteurs ou d'autres pays ont été importés et traduits par ces acteurs au gré de leurs logiques et de leur situation. C'est au cours de la trajectoire de la construction sociale et technique des indicateurs qu'ont été forgées, négociées et confrontées les idées et les ambitions des uns et des autres, donnant forme à un processus collectif dessinant un usage croissant et de plus en plus affirmé des indicateurs de qualité.

L'enquête consacrée à la carrière institutionnelle des indicateurs a permis de saisir la genèse institutionnelle de cette entreprise de rationalisation en douceur. Elle ne permet en aucun cas de se prononcer sur son degré d'effectivité et sur la manière dont elle peut affecter les établissements et les professionnels de santé. Avant de nous tourner vers la destinée « locale » des indicateurs de qualité, il nous faut, dans une deuxième partie, analyser plus précisément le travail crucial de certains des acteurs de cette nébuleuse réformatrice, placés à l'intermédiation du monde institutionnel et du monde hospitalier, qui contribuent à bâtir et à faire vivre ces indicateurs qualité.

¹ A travers leurs profils, ces acteurs ne correspondent pas strictement à l'« élite du *welfare* » mise en évidence par d'autres auteurs (Genieys, 2005; Hassenteufel et Genieys, 2001), plutôt composée de hauts fonctionnaires positionnés « entre les politiques et les politiques publiques », même si certains d'entre eux peuvent y être rattachés.

DEUXIÈME PARTIE

Une entreprise de rationalisation « à distance » ?

Le travail multiforme d'une nébuleuse d'intermédiaires

« The simplistic idea that “politics” is about “the big picture”, the broad aims or major goals, and that the “delivery” or implementation of these goals is a non-political task for technocrats [...] is often the exact opposite of the truth. »

(Hood, 1986, p. 136-137)

Introduction de la deuxième partie

A la charnière de la thèse, cette deuxième partie étudie le travail de légitimation et de déploiement des IQ d'Etat, accompli par une « nébuleuse » d'acteurs intermédiaires entre institutions publiques et professionnels de santé.

1. Interroger la « distance » du gouvernement par les instruments

L'un des aspects saillants des croyances réformatrices autour des IQ réside dans l'idée que la quantification permettrait de gouverner « à distance », de manière largement automatisée : l'affichage public des résultats constituerait un levier à la fois puissant et économique de transformation de l'hôpital. Cette vision d'un « gouvernement à distance » (Rose et Miller, 1992) imprègne également un certain nombre de travaux académiques. Certains montrent comment les dispositifs de quantification puisent leur force dans la « valeur sociale » attribuée à l'usage du « chiffre » par des gouvernants qui organisent l'action publique autour de la mesure de son efficacité (Ogien, 2010). D'autres s'intéressent aux effets des instruments et aux théories de l'action qu'ils encapsulent (Lascoumes et Le Galès, 2004). D'autres encore montrent que la quantification est un puissant vecteur de discipline des acteurs sociaux (Desrosières, 2014; Espeland et Sauder, 2007; Sauder et Espeland, 2009). Ces travaux se rejoignent pour étudier les dispositifs de quantification comme des « véhicules » de logiques institutionnelles : « *un instrument d'action publique constitue un dispositif à la fois technique et social qui organise des rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et des destinataires en fonction des représentations et des significations dont il est porteur* » (Lascoumes et Le Galès, 2004, p. 13). En dépit de leurs apports majeurs, ces travaux ont tendance à accorder peu d'attention aux espaces sociaux intermédiaires de l'action par les instruments, qui est bien souvent un angle mort du regard sociologique porté sur le « gouvernement par les instruments ». Les intermédiaires de l'action publique apparaissent alors davantage dans les analyses de la « construction » des instruments que dans l'analyse des mécanismes par lesquels ils sont déployés concrètement et dotés de sens vis-à-vis des acteurs auxquels ils sont destinés.

S'appuyer sur ces travaux ne doit pas conduire à faire l'économie d'une étude poussée du rôle joué par les acteurs intermédiaires. Au contraire, la « distance » qui sépare l'univers institutionnel des pouvoirs publics de celui des acteurs hospitaliers dits « de terrain » gagne à être interrogée à la lumière d'une étude empirique du travail intermédiaire des acteurs qui œuvrent au déploiement des IQ d'Etat. Cette « distance » doit moins être appréhendée comme un « vide » social tout juste traversé par des instruments que comme un agencement d'espaces sociaux « pleins », occupés par des acteurs pris dans des relations d'interdépendance, qui contribuent à façonner des échanges politiques entre des milieux institutionnels. Avec O. Nay et A. Smith (2002), on peut considérer que « *les lieux de "passage" sont*

parfois plus que de simples "relais" entre des milieux institutionnels : ils sont aussi des lieux de fixation où se consolident des interdépendances entre acteurs publics et privés dans l'espace public, où se négocient des règles d'action collective, où se forment des équilibres durables entre groupes organisés, mais aussi où se cristallisent des conflits de valeurs ou d'intérêts » (p. 3).

L'étude de ces espaces intermédiaires se révèle cruciale dès lors que l'on souhaite saisir toutes les dimensions d'une entreprise institutionnelle qui cherche à évaluer les activités professionnelles. Certes, la légitimité de l'action publique par les IQ repose largement sur l'autorité de l'Etat (Hood, 1986). Si l'on suit Max Weber (1995 [1921]), cette autorité conférée par l'Etat repose toutefois elle-même largement sur la croyance dans la légitimité de son action¹. Dans le contexte hospitalier, cette croyance dans la légitimité de l'action de l'Etat en matière d'évaluation des activités professionnelles à des fins d'affichage public n'a rien d'évident : les IQ peuvent menacer l'autonomie que les différents professionnels de la médecine et leurs représentants ont toutes les raisons de vouloir préserver (Freidson, 1984 [1973]; Hassenteufel, 1997). Dans ces conditions, la « distance » entre l'Etat qui généralise les IQ et les acteurs hospitaliers auxquels ils sont destinés constitue un espace institutionnel de première importance, peuplé d'une variété d'acteurs dont certains ont déjà fait surface à travers leur participation à la composition du motif cognitif et à son institutionnalisation prudente à l'échelle nationale, alors que d'autres ont été jusqu'ici étudiés de manière plus superficielle. Dans cette partie, nous prenons pour objet les activités de ces intermédiaires, dans leurs spécificités et leur convergence.

2. Des appuis théoriques pour qualifier le travail intermédiaire

O. Nay et A. Smith (2002) ont recensé les qualificatifs utilisés par les sociologues, les politistes et les anthropologues pour qualifier des acteurs intermédiaires : « courtiers », « relais », « médiateurs », « intermédiaires », « porte-paroles », « leaders transactionnels », « intégrateurs », « marginaux-sécants », « passeurs », « entrepreneurs de médiation », « bricoleurs d'idéologie », « traîtres culturels », « vulgarisateurs », « entremetteurs », « intercesseurs », « diffuseurs », « interprètes » : ces nombreux qualificatifs, qui proviennent de cadres théoriques hétérogènes, se rejoignent pour désigner des acteurs « dont l'étrange qualité est de naviguer d'un groupe à l'autre, d'un secteur à l'autre, et de participer à l'intégration de ces derniers » et qui ont pour point commun de participer « à ce jeu ambigu qui consiste à intervenir simultanément dans des milieux dont les intérêts et les représentations divergent » (Nay et Smith, 2002, p. 12-13). Sans proposer ici une revue de littérature systématique des approches sociologiques de la médiation, il s'agit de présenter les travaux qui permettent de structurer une approche du travail intermédiaire.

¹ « Coutume ou intérêts ne peuvent, pas plus que des motifs d'alliance strictement affectuels ou strictement rationnels en valeur, établir les fondements sûrs d'une domination. Un facteur décisif plus large s'y ajoute normalement : la croyance en la légitimité. » (Weber, 1995 [1921]), p. 286)

En premier lieu, ces travaux conduisent à souligner *le caractère stratégique de la position d'interface*. Le « marginal-séquent » (Jamous et al., 1969), l'acteur « relais » entre l'organisation et son environnement (Crozier et Friedberg, 1977), « l'entrepreneur-frontière » (Bergeron et al., 2013) ou les chercheurs technico-instrumentaux en position « interstitielle » (Shinn et Ragouet, 2000) sont en mesure de monopoliser des flux d'information, de maîtriser des incertitudes, et jouer de la distance entre différents « univers » institutionnels pour affirmer leur pouvoir. Ces acteurs, qui prospèrent « à l'interface », qui profitent de la « nodalité » (Hood, 1986) comme d'une ressource, se constituent en points de passage incontournables. Plus faiblement « encastrés » dans les différents univers sociaux qu'ils contribuent à intégrer, ces acteurs sont capables de s'extraire, dans une certaine mesure, des contraintes qui caractérisent chacun des différents univers auxquels ils sont attachés pour se dégager une marge de manœuvre plus importante. En un mot, leur position d'intermédiaire leur offre des ressources et des opportunités pour établir leur influence. Ces travaux engagent à identifier les acteurs intermédiaires qui sont susceptibles de se positionner de manière stratégique autour des IQ d'Etat, à saisir autour de quels enjeux ils s'en saisissent comme d'une ressource pour affirmer leur position et à comprendre quelles relations ils tissent avec les institutions et les professionnels.

En deuxième lieu, ces travaux conduisent à s'intéresser de près au *travail intermédiaire* accompli par ces acteurs stratégiquement positionnés à l'interface. De nombreuses formes de ce travail intermédiaire ont été mises en évidence dans des domaines aussi variés que le marché du travail (Bessy et al., 1997), les politiques publiques (Jobert et Muller, 1987), l'interprétation des règles de droit (Bessy et al., 2011) ou encore l'innovation dans le secteur économique (Stark et al., 2009). Ce travail a tour à tour été décrit à travers des activités de « passage » accomplies par ceux en mesure de faire circuler « *des objets, des idées, des pratiques [...] sans modifier la forme ou la nature de ce qui circule et des espaces entre lesquels ces objets circulent* » (Bergeron et al., 2013, p. 270), à travers des activités de « médiation » lorsque les intermédiaires « *transforment, traduisent, distordent et modifient le sens ou les éléments qu'ils sont censés transporter* » (Latour, 2006, p. 58), à travers des activités de « traduction » (Callon, 1986) ou encore de « recombinaison » dont l'action transforme « *non seulement [les] entités en circulation, mais également [les] frontières et [les] territoires au sein desquels ces entités circulent* » (Bergeron et al., 2013, p. 270). Ces différents travaux nous engagent à prendre au sérieux et à décrire aussi finement que possible les formes du travail intermédiaire accompli par les acteurs situés à l'interface, dans leurs différentes dimensions de travail social de mise en relation d'acteurs divers, de travail cognitif et symbolique de construction de savoirs, de raisonnements, d'idées ou du sens de ce qui circule.

En troisième lieu, ces travaux conduisent à souligner la capacité de ces acteurs intermédiaires à constituer des *vecteurs de transformation du monde social*. Ces acteurs, de par leur positionnement stratégique et à travers leur travail intermédiaire multiforme, sont en mesure de construire des « arrangements », des « adaptations », en un mot des formes de « compromis » entre des groupes ou

des « univers » hétérogènes qui peuvent réaliser des « échanges politiques » par leur biais. O. Nay et A. Smith (2002, p. 13) proposent notamment de saisir le rôle de ces « acteurs intermédiaires » à travers les figures (conciliables) du « généraliste », dont l'activité essentiellement cognitive consiste à construire un « sens commun » entre des milieux hétérogènes et du « courtier », dont l'activité essentiellement stratégique consiste à rechercher des solutions acceptables entre ces milieux aux intérêts divergents. Dans le même registre, N. Belorgey (2010) a étudié le rôle des consultants employés par l'Agence française en charge de promouvoir la performance pour diffuser ses outils de « benchmarking ». Il montre comment cette « externalisation » du travail d'« acculturation » des acteurs hospitaliers sous la forme de « projets latéraux » permet à cette agence de « gouverner sans en avoir l'air », en jouant de l'allongement de la chaîne des intermédiaires et de la neutralité apparente des cabinets de conseil. Ces auteurs montrent que les acteurs intermédiaires, en amortissant les conflits, en portant des instruments, en traduisant des idées ou en construisant du sens, peuvent « faciliter » l'action, voire même la rendre possible. Les intermédiaires sont ainsi susceptibles de jouer un rôle central dans ce que M. Callon saisit comme un processus d'intéressement, défini comme « *l'ensemble des actions par lesquelles une entité [...] s'efforce d'imposer et de stabiliser l'identité des autres acteurs qu'elle définit par sa problématisation* » (Callon, 1986, p. 185). Les acteurs intermédiaires sont par ailleurs en capacité de jouer de l'ambiguïté de leur nature, de leur(s) position(s) ou de leurs activités pour influencer les décisions des acteurs des différents univers avec lesquels ils sont en interaction. Dans un célèbre article consacré à l'« action robuste » des Médicis, J.-F. Padgett et C.-K. Ansell (1993) montrent à quel point l'influence économique et politique de la famille Médicis a reposé sur sa capacité à tisser un réseau tentaculaire de partenariats, lui permettant de rendre hautement floue son identité, de parler plusieurs langages en fonction des circonstances et des opportunités. Toutefois, la capacité et la volonté des acteurs « intermédiaires » à intégrer ou à transformer les univers sociaux à l'interface desquels ils sont situés n'ont rien d'automatique, comme le montre le cas de « l'entrepreneur-frontière » de santé publique étudié par H. Bergeron et al. (2013, p. 265). Cet intermédiaire particulier, qui s'est attaché à construire un programme ambigu de lutte contre l'obésité, s'attache à garantir l'étanchéité de la frontière entre les différents univers sociaux sur lesquels il s'appuie, pour préserver ses marges de manœuvre.

Les acteurs intermédiaires qui constituent l'objet de cette deuxième partie gagnent à être saisis à travers ces trois dimensions. Dans leur diversité et toute proportion gardée, ils évoquent la « nébuleuse réformatrice » décrite par C. Topalov ([dir.], 1999), ce vaste ensemble d'acteurs administratifs, politiques, universitaires ou encore industriels qui se sont emparés du projet flou de la « réforme » pour redéfinir les problèmes sociaux à la fin du XIX^{ème} siècle, et « *finalement, [contribuer] puissamment à façonner les institutions et les politiques sociales* » (p. 12). Se retrouvant dans des univers sociaux aussi variés que les associations, les sociétés savantes, ou les congrès académiques, emprunts d'engagements sociaux et politiques différents, ces acteurs se retrouvaient finalement autour

d'un « sens commun », d'un vocabulaire scientifique partagé et de méthodes autour de la « réforme », sans appartenir à un « champ » fortement intégré¹. La petite « nébuleuse » qui se constitue autour des IQ d'Etat est également hétérogène, composée d'individus multi-positionnés et d'organisations aux statuts très variés. L'action de certains de ces acteurs est bien visible là où celle des autres est plus discrète, les apparentant à des « trous noirs du pouvoir », ces « *acteurs qui à défaut d'être en première ligne participent souvent de façon décisive à l'exercice du pouvoir [...], à orienter le comportement des autres par la contrainte ou l'influence* » (Lascoumes et Lorrain, 2007, p. 2). Dans le jeu social complexe qui caractérise leurs relations, tous ces acteurs mettent en lien l'espace des institutions nationales et l'espace des professionnels « de terrain », caractérisés par la prégnance de logiques différentes et antagonistes. Souvent en compétition, parfois en tension, circulant entre des espaces qu'ils contribuent à intégrer de manière imparfaite, tous ces intermédiaires agissent de concert pour construire la capacité des IQ d'Etat à se faire accepter par les professionnels, en exerçant une influence sur la manière dont ils sont bâtis, en les étiquetant comme légitimes ou en les déployant de manière opérationnelle au plus près du terrain hospitalier.

3. Une sociologie du travail intermédiaire autour des IQ d'Etat

Les enjeux soulevés par ces activités peuvent être subsumés en une question, qui constitue le fil rouge de cette partie. *Comment les IQ sont-ils légitimés et déployés par les intermédiaires entre institutions et professionnels ?*

Répondre à cette interrogation implique de saisir ce travail intermédiaire dans le jeu social complexe à travers lequel il se déploie. Sans perdre de vue que les acteurs de cette nébuleuse agissent de concert, nous avons fait le choix de caractériser successivement trois formes de travail intermédiaire, dont l'articulation façonne de manière essentielle l'entreprise de rationalisation en douceur. Le **chapitre 4** étudie d'abord les activités métrologiques d'un petit nombre de chercheurs-experts placés à l'interstice de la médecine, de la science et de l'Etat. Le travail de ces intermédiaires est crucial puisqu'ils orchestrent la construction d'indicateurs « validés », c'est à dire reconnus capables de mesurer avec « objectivité » la qualité hospitalière. Le **chapitre 5** analyse ensuite le travail de négociation accompli par les acteurs qui ont en commun, au sein des fédérations et des sociétés savantes, de représenter les intérêts des professionnels auprès des pouvoirs publics. Par leurs activités, ces intermédiaires sont en première ligne de la construction de « l'acceptabilité » des indicateurs par les acteurs hospitaliers. Enfin, le **chapitre 6** saisit le travail de déploiement des IQ d'Etat à l'échelle régionale, accompli par deux types d'intermédiaires différents : tutelle régionale et

¹ Ces auteurs caractérisent cette « nébuleuse » comme un « champ réformateur » au sens de Pierre Bourdieu, c'est-à-dire comme un système autonome de positions, d'acteurs et d'institutions organisés et dont les relations s'organisent autour d'enjeux spécifiques. Ce champ réformateur est toutefois décrit comme un champ hétéronome, à l'autonomie faible, insuffisamment intégré pour permettre aux « réformateurs » qui s'engagent pour un temps en son sein de faire carrière (Topalov [dir.], 1999).

« organismes régionaux de qualité » interstitiels qui ont émergé autour de l'évaluation. Là où les premiers ont recours à l'injonction administrative, les seconds opèrent un accompagnement méthodologique des professionnels à l'intérieur des établissements ; tous deux se conjuguent pour mettre en contact les indicateurs avec les acteurs professionnels. De manière plus transversale à cette partie, nous soutiendrons que ces trois formes de travail intermédiaire autour des IQ d'Etat, en s'articulant, constituent autant de modes de l'intégration prudente et sous tension des professionnels au sein d'une régulation institutionnelle plus verticale de l'hôpital. Ce petit ensemble d'intermédiaires hétéroclites gagne dès lors à être qualifié comme une « nébuleuse intégratrice » placée au cœur de l'entreprise de rationalisation en douceur.

Dans la continuité de la première partie, la méthodologie adoptée ici consiste à croiser l'analyse des entretiens réalisés auprès des acteurs institutionnels (voir annexe 2) et l'étude de certaines sources écrites du corpus déjà mobilisé précédemment (voir annexe 3) pour reconstituer les activités des principaux acteurs intermédiaires qui agissent autour des IQ d'Etat. Cette partie met en scène les activités de ces acteurs dans ce qu'elles ont de singulier tout en les saisissant dans la multiplicité des relations qu'ils entretiennent entre eux, avec les institutions publiques ou avec les acteurs professionnels locaux. Le travail intermédiaire étudié dans cette partie est l'œuvre d'individus ou d'organisations dont le parcours, les circulations ou le profil sont souvent révélateurs. C'est pourquoi des éléments prosopographiques seront mobilisés dans les analyses des trois chapitres. Afin de ne pas alourdir le propos, les « portraits » et « profils » plus complets des principaux acteurs de la « nébuleuse intégratrice » seront toutefois présentés dans une annexe spécifique (voir annexe 7), constituée à partir d'informations réunies dans les sources écrites, lors des entretiens ainsi que par la recherche d'éléments biographiques récoltés lors de recherches en ligne (voir annexe 2). Certains de ces portraits et profils sont anonymes, d'autres concernent des personnalités ou des organisations très visibles sur le thème des IQ. Dans le cas de ces acteurs qui signent des publications ou des prises de position concernant la mesure de la qualité, les « portraits » présentés en annexe et les développements dans les chapitres sont nominatifs, de manière à pouvoir établir le lien entre les travaux écrits et les activités décrites. Dans ce cas toutefois, les informations mobilisées pour décrire les parcours professionnels ou les activités de recherche sont toutes de nature « publique » ; l'anonymat a été respecté autant que possible dans la mobilisation des citations de ces acteurs : là encore, certaines ne sont pas « codées » et renvoient à un « collectif » permettant de ne pas identifier les individus. Les circulations et les multipositionnements individuels, dont certains apparaîtront au fil des chapitres, font l'objet d'une représentation exposée dans l'annexe 7 et commentée dans la conclusion de la partie.

Chapitre 4. Construire des indicateurs « validés » Le travail métrologique des chercheurs-experts

« On est sur des sujets où s'entremêlent du "decision-making", et de l'expertise scientifique. D'une manière très imbriquée. Le thème-même se prête à une interaction très forte. [...] Ca devient de plus en plus politique et, en même temps, de plus en plus complexe en termes d'expertise. »

Entretien avec un chercheur COMPAQH

Comment construire des indicateurs « validés » ? Ce chapitre amorce l'analyse de la nébuleuse d'acteurs intermédiaires qui contribuent à façonner et déployer les IQ d'Etat, en étudiant les différentes facettes du travail métrologique déployé par les « chercheurs-experts » qui agissent à la frontière de la recherche scientifique, de la décision publique et des acteurs hospitaliers.

Deux ensembles de travaux sociologiques peuvent être croisés pour construire une approche féconde de ce travail original. Le premier provient de la sociologie de l'expertise. Plusieurs travaux se sont attachés à construire des typologies des différentes formes d'expertise. J. Habermas, (1973 [1968]) distingue trois modèles : le « modèle décisionniste », dans lequel l'acteur politique autonome fait appel au savant et à ses compétences techniques pour « éclairer » une décision d'ordre politique ; le « modèle technocratique », dans lequel le politique est subordonné à des décisions prises par les experts au nom de leurs compétences techniques ; et le « modèle pragmatique », dans lequel les experts alimentent et organisent un débat public plus transparent, et dans lequel la décision est le produit d'une discussion collective engageant de nombreux acteurs différents. Comme le soutient P. Hassenteufel (2008, p. 202-206), la typologie proposée par I. Théry (2005), entre une « expertise de service », une « expertise de consensus » et une « expertise d'engagement », recoupe en partie la distinction classique de J. Habermas. Ces travaux conduisent à analyser l'« expert » comme un intermédiaire de l'action publique : il « *se situe entre deux champs : l'essence de l'expert n'est pas de maîtriser une compétence – c'est le lot du savant, du scientifique ou du chercheur – mais d'exporter un savoir et une légitimité acquis dans le champ scientifique pour fonder des décisions sur des questions disputées dans le champ politique* » (Joly, 2005, p. 118). Mobilisant une approche constructiviste et interactionniste de l'expertise, ces travaux suggèrent l'intérêt de saisir le rôle des experts dans leur contexte social élargi. Ces travaux engagent à étudier précisément la situation d'expertise, qui peut être définie comme « *la rencontre d'une conjoncture problématique et d'un savoir spécialisé* » (CRESAL, 1985, p. 3). Néanmoins, cette littérature suscite deux insatisfactions pour étudier l'expertise métrologique qui nous intéresse ici. D'une part, elle implique une vision « séquentielle » de l'action publique, dans laquelle il serait possible de distinguer un temps de l'élaboration des connaissances, un temps de l'expertise et un temps de la décision publique. A notre sens, ce parti-pris séquentiel ne permet pas de saisir de manière satisfaisante la porosité et l'intrication de long terme qui marquent l'univers de la recherche et l'univers de l'action publique autour des IQ.

D'autre part, elle s'attache beaucoup plus clairement à saisir la « conjoncture problématique » qui est à l'origine de l'expertise que le « savoir spécialisé » qu'elle mobilise. A s'en tenir à cette approche, le contenu cognitif de l'activité d'expertise reste très largement une « boîte noire », et sa spécificité par rapport au mode d'action d'autres acteurs est quelque peu occultée.

Dans une certaine mesure, ces insatisfactions renvoient à l'ambiguïté de l'objet social sous-jacent à « l'expertise » (Théry, 2005, p. 312). Dans le cas qui nous intéresse, le travail des chercheurs-experts consiste moins à éclairer la décision publique en vertu de connaissances scientifiques qu'à *fabriquer* de manière pragmatique des instruments de mesure opérationnels. Pour saisir ces activités, il est utile de mobiliser un second ensemble de travaux issus de la sociologie des sciences, qui engagent à prendre au sérieux le positionnement original de ce type d'experts-chercheurs et la dimension spécifiquement cognitive de leurs activités. Dans son ouvrage consacré à la statistique, A. Desrosières s'attache « à nouer ensemble des récits habituellement séparés : histoire technique des schèmes cognitifs, histoire sociale des institutions et des sources statistiques » (Desrosières, 1993, p. 17), ce qui conduit l'auteur à souligner que « le lien qui relie les deux mondes de la science et de la pratique est [...] le travail d'objectivation, la fabrication de choses qui tiennent » (Desrosières, 1993, p. 18). C'est bien à ce type de travail d'objectivation, à la frontière entre la Science et l'Etat, que se livrent les chercheurs-experts dont il est ici question. Comme le souligne T. Porter (1996), l'objectivité est une notion polysémique et difficile à saisir : « it has [...] several distinct senses, which tend to reinforce the positive associations of the term and at the same time to obscure it » (Porter, 1996, p. 3). La construction de la crédibilité des nombres doit être considérée comme le résultat de la rencontre entre plusieurs « cultures de l'objectivité », reposant sur un travail social et cognitif minutieux de long cours. D'autres auteurs se sont intéressés à un régime spécifique d'activité scientifique qui se révèle éclairant : la recherche « technico-instrumentale » (Shinn et Ragouet, 2000). S'opposant à une vision du monde social comme « tissu sans couture », portée par la « nouvelle orthodoxie en sociologie des sciences » (Shinn et Ragouet, 2000, p. 448), ces auteurs soulignent la spécificité des activités scientifiques tout en cherchant à comprendre l'émergence de phénomènes de convergence intellectuelle transversaux aux disciplines et aux institutions scientifiques. Ce questionnement amène ces auteurs à décrire les activités de chercheurs-praticiens originaux, dotés de trois caractéristiques : ils sont placés à l'interstice entre plusieurs univers sociaux ; ils élaborent des instruments génériques à destination d'une grande variété de « marchés » ; leurs activités consistent principalement à travailler cognitivement la métrologie, c'est-à-dire les mécanismes de fonctionnement des instruments (Shinn et Ragouet, 2000, p. 454). Malgré les différences entre les experts dont il est ici question et les praticiens étudiés par ces auteurs¹, l'analogie est éclairante pour caractériser le travail accompli autour des IQ.

¹ L'article décrit notamment la trajectoire de Jesse Beams, l'inventeur de « l'ultracentrifugeuse moderne », qui a connu des applications dans des domaines aussi variés que la médecine et la physique nucléaire (Shinn et Ragouet, 2000, p. 454).

L'approche mobilisée dans ce chapitre embrasse dans un même regard le contenu des activités d'expertise et leur inscription sociale. Nous montrerons d'abord que c'est une expertise à l'interstice des univers de la médecine, de la science et de l'Etat qui caractérise les différents projets de recherche consacrés aux indicateurs (1). Nous verrons ensuite comment, depuis cette position singulière, les chercheurs-experts construisent la validité des IQ, par un travail multi-facette aux dimensions essentiellement métrologiques et politiques (2). Cette analyse permettra d'apporter un premier élément de réponse à la question centrale de cette partie de la thèse. Comment les IQ sont-ils légitimés et déployés par les intermédiaires entre institutions et professionnels ? Nous soutiendrons que construire des indicateurs « validés » permet de rapprocher les logiques professionnelles et institutionnelles dans l'élaboration de l'instrumentation. Le travail métrologique s'apparente ainsi à un premier mode d'intégration des professionnels au sein de la régulation institutionnelle.

1. Une expertise à l'interstice de la médecine, de la science et de l'Etat

Qui sont les « experts » engagés dans l'élaboration des IQ ? Analyser les différentes dimensions du travail d'expertise qui permet de construire des IQ « validés » implique d'abord de décrire la « situation d'expertise » dans laquelle ce travail s'inscrit, c'est-à-dire, « *outre la mission de l'expert, l'amont et l'aval qui lui donnent son sens social et sa portée pratique* » (Théry, 2005, p. 313). De manière très similaire à la « recherche technico-instrumentale », l'originalité de l'expertise autour des IQ est qu'elle opère « *à partir d'une position cognitivement, techniquement et institutionnellement interstitielle* » (Shinn et Ragouet, 2000, p. 448) qui se révèle cruciale, à l'interface de trois univers qu'elle met en relation : la profession médicale, la science et l'Etat. L'expertise française est incarnée par une poignée de chercheurs-experts au profil hybride (1), qui portent avec leurs équipes une variété de projets de « recherche opérationnelle » (2) dans lesquels ils déclinent des approches différenciées mais convergentes de la mesure de la qualité (3).

1) Des chercheurs-experts aux profils hybrides

L'expertise autour de la mesure de la qualité en France est personnalisée par un petit nombre de chercheurs qui, depuis la fin des années 1990, ont largement contribué à forger la démarche. Nous nous intéressons dans cette section à quatre personnes particulièrement centrales, qui nous intéressent moins dans leur personnalité individuelle que pour ce que leurs profils, leurs parcours et leurs activités révèlent des mondes sociaux plus vastes auxquels ils appartiennent et qui sont mis en contact autour des indicateurs. Nous retrouvons parmi eux deux acteurs déjà mis en avant dans l'analyse de la carrière institutionnelle des IQ d'Etat : Etienne Minvielle, en charge du projet COMPAQH devenu

COMPAQ-HPST¹ en 2010, et Pierre Lombrail, actif dès les travaux de mesure des performances hospitalières au tournant des années 2000. Nous retrouvons également deux autres experts croisés à travers certaines de leurs publications et participations : Cyrille Colin et Philippe Michel. En 2010, ces deux chercheurs ont participé, avec Pierre Lombrail, à la création du consortium de recherche CLARTE sur lequel nous reviendrons. La comparaison des profils de ces individus permet de mettre au jour les caractéristiques saillantes de leur positionnement, marqué par une appartenance professionnelle à la médecine, un ancrage dans le monde académique et diverses participations institutionnelles. Afin de ne pas alourdir la présentation transversale, les « portraits » individuels – composés exclusivement à partir d’informations publiques – ne sont pas reproduits ici dans leur intégralité, mais peuvent être consultés dans l’annexe 7.

Une appartenance à la profession médicale

En premier lieu, ces chercheurs partagent tous, à des degrés divers, une appartenance professionnelle à la médecine. Médecins de formation, tous se sont éloignés de la clinique pour s’engager dans des activités plus proches de la santé publique, assez rapidement dans les cas d’Etienne Minvielle, de Philippe Michel et de Cyrille Colin, après une trajectoire clinique plus longue dans le cas de Pierre Lombrail. Ces chercheurs ont par ailleurs des statuts reconnus dans leur profession : Pierre Lombrail et Cyrille Colin ont tous deux le statut de professeur des universités - praticien hospitalier (PU-PH). Philippe Michel a obtenu le statut de praticien hospitalier (PH) avant de s’orienter vers des activités de recherche en santé publique. Etienne Minvielle a quant à lui exercé des fonctions d’assistant hospitalo-universitaire avant de se tourner vers une carrière de recherche en gestion.

Certains de ces chercheurs ont toujours gardé un pied dans des établissements de santé, au sein de départements chargés de la recherche ou à d’autres titres. C’est le cas de Pierre Lombrail, aujourd’hui directeur du pôle d’information médicale, d’évaluation, de santé Publique - santé au travail (PIMESP) au CHU de Nantes. C’est aussi le cas de Cyrille Colin, qui dirige le pôle information médicale - évaluation en Santé - recherche Clinique (IMER) aux Hospices Civils de Lyon (HCL). Philippe Michel a quant à lui exercé des fonctions de médecin d’information médicale au CHU de Bordeaux à partir de 1993, avant de prendre la « direction médicale » du Comité de coordination de l’évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA) en 1996. La trajectoire d’Etienne Minvielle l’a amené à un ancrage plus récent en établissement de santé : l’équipe COMPAQH est hébergée depuis 2008 à l’Institut Gustave Roussy (IGR) à Villejuif, premier centre européen de lutte contre le cancer, au sein duquel Etienne Minvielle exerce les fonctions de directeur qualité depuis 2010. Trois de ces quatre chercheurs sont par ailleurs actifs au sein des organismes régionaux qui portent la dynamique qualité au plus près des établissements et qui seront analysées dans le

¹ Par simplicité, nous emploierons dans ce chapitre l’acronyme COMPAQH pour désigner ce projet.

chapitre 6 : Pierre Lombrail en Loire Atlantique, Philippe Michel en Aquitaine, Cyrille Colin en Rhône Alpes.

La suite montrera à quel point cette appartenance à la profession médicale et cette proximité inégale avec les professionnels « de terrain » sont des caractéristiques importantes pour l'expertise autour des IQ : même s'ils se sont considérablement éloignés de la pratique clinique, ces chercheurs sont relativement familiers des logiques et des problématiques des médecins et des établissements. Ils entretiennent de nombreux contacts avec une diversité d'acteurs professionnels dont la participation permet d'élaborer les indicateurs. Plus généralement, cette appartenance professionnelle est un gage de légitimité incontournable pour s'adresser aux professionnels de la médecine.

Une variété d'activités scientifiques

En deuxième lieu, le parcours de ces différents chercheurs est marqué par leur appartenance à l'univers social de la science. Il s'agit là d'une caractéristique importante de leur profil : ces chercheurs-expert sont les seuls acteurs de la nébuleuse autour des IQ à pouvoir se revendiquer explicitement de l'univers académique. Ils sont ancrés dans des disciplines connexes, aux périmètres inégaux, mais qui contribuent toutes au champ hétérogène de la « santé publique » et entretiennent toutes des rapports avec un recours pragmatique à la quantification. Sans rentrer dans les détails, il est utile de dresser à grands traits les différents profils en présence.

Etienne Minvielle est le seul de ces quatre chercheurs à avoir fait carrière dans la recherche en sciences de gestion, à travers un parcours singulier qui a déjà été mis en avant dans les deux premiers chapitres de la thèse. Après ses études médicales, il a rapidement intégré le Centre de Recherches en Gestion (CRG) de l'Ecole Polytechnique, où il a réalisé sa thèse de doctorat intitulée sous la direction de Gérard de Pourville, avant d'intégrer l'Ecole supérieure des sciences économiques et commerciales (ESSEC) puis de séjourner à l'Université de Pennsylvanie (Wharton School) où il a été amené à travailler avec l'un des experts de la qualité à l'échelle internationale, John Kimberly. Il a intégré le CNRS en 1996, et mené une carrière de chercheur en gestion à l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP), puis de directeur de recherche au CNRS, au sein du laboratoire CERMES. Parmi les chercheurs dont il est question dans ce chapitre, Etienne Minvielle est incontestablement celui dont la carrière a été la plus directement structurée par des travaux concernant la mesure de la qualité. Les résultats de recherche du projet COMPAQH ont été publiés dans un large spectre de revues de santé publique, d'économie, de gestion et de sciences sociales.

Les trois autres chercheurs sont plus distanciés des sciences de gestion. Pierre Lombrail a plutôt un profil de professeur de santé publique. Il a consacré sa thèse à l'évaluation de la continuité et de l'accessibilité des soins dans un service d'urgence pédiatrique, également sous la direction de Gérard de Pourville. PU-PH à l'université de Nantes depuis 1999, président de la Société Française de Santé Publique (SFSP), ses recherches abordent un spectre large de thèmes fortement marqués par les

questions classiques de la santé publique, allant des inégalités de santé et d'accès aux soins aux déterminants sociaux de la santé. Ce professeur a toutefois été amené à s'intéresser aux systèmes d'informations médico-administratives et à leurs usages à des fins d'évaluation médicale. La mesure de la qualité constitue l'une des thématiques de recherche importantes mais non exclusives de Pierre Lombraïl depuis le tournant des années 2000, ce qui l'a amené à s'investir dans plusieurs projets d'expérimentation d'indicateurs, dont le consortium CLARTE constitué à partir de 2010.

Le profil de Philippe Michel peut être davantage caractérisé comme celui d'un chercheur spécialisé dans l'évaluation médicale. En parallèle d'autres activités de recherche tournant autour de l'évaluation des activités professionnelles, de l'épidémiologie et de la démarche qualité en général, ce chercheur a fait partie des premiers à investir la question de la métrologie en France. Dès 1994, il s'est intéressé aux indicateurs dans le cadre d'une participation à un projet piloté par une société savante européenne cherchant à valider un indicateur de mortalité en chirurgie cardiaque. En 2001, il a soutenu une thèse d'épidémiologie et d'interventions en santé publique intitulée *Approche métrologique de l'utilisation des indicateurs de performance en santé*, sous la direction de Louis Rachid Salmi, à l'Université de Bordeaux 2. Il a participé au projet COMPAQH dans sa première phase, entre 2003 et 2005. Depuis 2010, il s'investit également dans le consortium CLARTE.

Le profil de Cyrille Colin est plus directement celui d'un professeur d'épidémiologie. Depuis 1998, ce chercheur est PU-PH en « épidémiologie, économie de la santé, prévention » à l'Université Claude Bernard Lyon 1. Dès le début des années 1990, il a développé une expertise dans l'utilisation d'informations contenues dans les bases de données médico-administratives (PMSI) à des fins d'études épidémiologiques. C'est dans ce cadre qu'il s'est progressivement intéressé aux « *Patient Safety Indicators* » (PSI), construits à partir d'informations disponibles en routine, permettant de comparer les résultats des prises en charge à l'échelle d'un établissement, d'une région, d'un pays, ou même à l'échelle internationale. Ses travaux de recherche abordent plus largement des questions d'évaluation médico-économique et de gestion des pratiques professionnelles. C'est à son initiative qu'a été créé le consortium CLARTE en 2010.

Au-delà des nuances entre leurs profils et dans la place occupée par le développement d'indicateurs au sein de leurs activités de recherche, ces quatre experts partagent un ancrage fort dans l'univers académique. Tous publient dans une variété de revues académiques de sciences de gestion, d'épidémiologie, de santé publique, de sciences sociales. Tous ont mené des activités de recherche non strictement liées aux IQ, qui les ont amenés à participer aux débats métrologiques. La suite montrera que cet engagement dans le monde de la « science », s'il n'est pas exclusif, est très important pour leurs activités en rapport avec les IQ. Il est à l'origine de savoirs et de compétences spécifiques en matière de statistique, d'épidémiologie, de sciences de gestion. Il est également important dans la légitimité spécifiquement « scientifique » qu'il donne au travail accompli par ces chercheurs.

Des activités d'expertise institutionnelle

En troisième lieu, le profil de ces acteurs est marqué par l'importance de leurs activités d'expertise et par les relations qu'ils ont tissées avec les différentes institutions publiques.

Les liens établis de longue date entre Etienne Minvielle et les représentants du ministère de la Santé ou de la HAS ont été largement décrits dans les deux premiers chapitres de la thèse. Ils remontent à la participation d'Etienne Minvielle au groupe IMAGE, puis aux débuts du projet COMPAQH sous l'égide de l'ANAES, au début des années 2000. Depuis cette période, le chercheur en gestion est responsable du projet COMPAQH, financé par les institutions publiques. Il s'investit aussi dans d'autres missions d'expertise : il est par exemple membre du comité de suivi de la tarification à l'activité (T2A).

De leur côté, Pierre Lombrail et Philippe Michel ont surtout tissé des liens avec la DRESS, au cours des années 2000. Les deux premiers chapitres de la thèse ont souligné la participation de Pierre Lombrail au groupe IMAGE, puis aux différents groupes de travail consacrés à l'évaluation des performances hospitalières au tournant des années 2000. La direction scientifique du ministère a financé plusieurs projets portés par ces deux chercheurs, parmi lesquels le projet « IMPECH¹ » auquel participait Pierre Lombrail, mais aussi l'enquête nationale sur les événements indésirables graves (ENEIS) réalisée par le CCECQA. Les deux chercheurs ont également tissé des liens avec la HAS : Pierre Lombrail s'est investi dans sa commission « recommandations pour l'amélioration des pratiques » ; Philippe Michel a même rejoint brièvement l'institution entre 2005 et 2007, au poste de « directeur de l'évaluation des dispositifs de santé ». Le financement du consortium CLARTE par les institutions publiques à compter de 2010 renforce les liens établis avec les institutions publiques.

Ces chercheurs sont également ancrés dans les réseaux d'expertise internationaux consacrés à la mesure de la qualité. C'est tout particulièrement le cas de Cyrille Colin. D'abord moins présent au sein de l'expertise française, il participe depuis 2005 au groupe d'experts de l'OCDE travaillant au développement d'indicateurs de sécurité des patients (PSI), intitulé *International Methodology Consortium for Coded Health Information* (Imecchi). Pierre Lombrail a quant à lui porté la branche française d'un projet porté par l'OMS Europe, intitulé *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals* (PATH), avec le soutien de la DREES et de la HAS. De par son parcours et sa position de coordonnateur du projet COMPAQH, Etienne Minvielle est également bien connecté au réseau d'experts internationaux de la métrologie.

Cette pluralité d'ancrages des chercheurs-experts dans les institutions sanitaires est cruciale : elle leur garantit non seulement des financements pour mener à bien leurs activités de recherche en

¹ Le projet « Indicateurs de performance expérimentaux pour la comparaison hospitalière », déployé entre 2002 et 2004 dans quatre établissements, visait à expérimenter la construction d'indicateurs à destination des professionnels.

métriologie, mais également une capacité à être « en phase » avec le fonctionnement du monde institutionnel, à anticiper ses attentes et ses commandes, à être à jour sur les évolutions du sujet dans les pays comparables. Leur participation aux différents comités institutionnels français permet aussi à ces chercheurs-experts d'entrer en relation avec les autres acteurs de la nébuleuse autour des IQ.

Le caractère « hybride » de l'expertise ressort parfaitement de la mise en regard de ces différents profils. Ces chercheurs ne sont ni des médecins classiques, ni des chercheurs classiques, ni des experts institutionnels classiques. Ils sont multi-positionnés, à l'interface des trois univers relativement différenciés dont ils peuvent se revendiquer à des degrés divers. Comme les chercheurs technico-instrumentaux, leur carrière est largement bâtie sur une capacité commune de « transgression des frontières » (Shinn et Ragouet, 2000, p. 458). De même que « *les artisans de la recherche technico-instrumentale sont capables d'extraire les idées et les informations d'un nombre et d'un éventail exceptionnels de sources* » (Shinn et Ragouet, 2000, p. 457), le travail des experts hybrides est alimenté par cette appartenance multiple. Il se déploie sous la forme de plusieurs projets.

2) Des projets de « recherche opérationnelle »

Ces chercheurs sont au cœur de l'expertise française en matière de construction des IQ. Ils ont tous anticipé l'émergence d'un nouveau domaine à la fin des années 1990, qu'ils ont contribué à forger depuis lors. Ils ne travaillent évidemment pas seuls, mais coordonnent des équipes composées de médecins-chercheurs en santé publique, de statisticiens ou de chercheurs en gestion, qui participent à une variété de projets dont le point commun réside dans une orientation vers la « recherche opérationnelle » en métriologie. Au cours de leurs activités, ces chercheurs-experts travaillent moins à « établir le vrai » ou à produire des « théories » qu'à concevoir des *instruments fonctionnels*, susceptibles d'être utilisés par une variété d'acteurs hospitaliers. Cette recherche instrumentale implique un travail cognitif poussé des « *régularités et lois qui sous-tendent l'instrumentation* » (Shinn et Ragouet, 2000, p. 456), mais aussi tout un travail de réflexion sur la manière dont les indicateurs sont susceptibles de « fonctionner » et de donner lieu à des usages une fois déployés dans le monde hospitalier. Les projets de recherche opérationnelle, également à la frontière entre les trois univers, sont organisés autour d'une variété d'instruments de mesure. Sans rentrer ici dans une description trop fastidieuse, il est utile de présenter succinctement les différentes équipes, à partir des deux grands projets financés par les institutions publiques en 2010 : COMPAQH et CLARTE.

COMPAQH : une expertise centrale et proche des institutions publiques

Dans la mesure où le rôle du projet COMPAQH a largement été abordé dans les deux premiers chapitres de la thèse, nous nous contentons ici de le présenter rapidement et d'apporter quelques compléments. Coordonné par Etienne Minvielle, placé au cœur de l'expertise française, COMPAQH

peut être caractérisé comme un projet proche des institutions publiques, qui s'est constitué autour de la construction des IQ d'Etat généralisés dans les années 2000.

Constitué à la frontière des trois univers de la médecine, de la science et de l'Etat, le projet s'est progressivement rapproché des institutions publiques. Dans son fonctionnement concret, les grands établissements de recherche se révèlent bien plus effacés que les institutions de régulation de l'hôpital. Les chercheurs expliquent que le CNRS et l'INSERM n'ont pas joué de rôle très actif dans la valorisation du volet à proprement parler « scientifique » de ce projet de recherche appliquée.

« Ce qui est marrant c'est que ce sont des sujets qui ont beaucoup émergé d'un point de vue politique. [...] Et, quelque part, le champ de la recherche institutionnelle ne s'est pas tellement structuré par rapport à ça. COMPAQH a été porté au nom de l'INSERM, mais enfin sans avoir un soutien de l'INSERM, il n'y a pas eu de moyens [au-delà] des moyens de fonctionnement classiques [...]. Ce n'est pas, dans les appels d'offre de l'INSERM, quelque chose qui est fléché... » (Entretien avec un chercheur COMPAQH)

Cette situation crée une dépendance forte des chercheurs du projet vis-à-vis des financements publics sur lesquels reposent les salaires de la petite douzaine de personnes (médecins, statisticiens, assistants de recherche qualité) qui fait fonctionner le projet au quotidien.

Ce financement dépendant des contrats avec le ministère et la HAS pose la question de l'autonomie de la recherche par rapport aux exigences des institutions. Si le quasi-monopole dont COMPAQH a disposé dans la production des IQ généralisés par l'Etat a conféré des marges de manœuvre importantes aux chercheurs dans le rapport de négociation avec les « commandeurs », cette autonomie est devenue plus incertaine au fur et à mesure de l'émergence d'un intérêt institutionnel plus net pour des mesures d'Etat. Les chercheurs-experts de l'équipe COMPAQH soulignent que l'équilibre entre le volet « institutionnel » et le volet « scientifique » du projet en matière de sciences de gestion, impliquant une réflexion plus théorique, est quelque peu malmené par le calendrier politico-administratif et la priorité accordée à la « production » d'IQ, sans pour autant disparaître.

« L'interaction se passe pas trop mal, même s'il y a des moments de frottements... [...] Il y a un peu de marge de manœuvre, les gens nous laissent un peu la main sur le développement d'outils [...]. Je pense qu'on est dans une frontière avec l'instrumentalisation qui est discutable. Certainement que je suis instrumentalisé dans la recherche. Et certainement qu'il y a des moments où la recherche garde la main... » (Entretien avec un chercheur COMPAQH)

Ces difficultés, accentuées à la fin des années 2000, amènent les chercheurs à se mettre en quête d'autres formes de financement¹, de manière à réaffirmer leur autonomie académique. Au début des années 2010, le projet COMPAQ-HPST demeure l'un des principaux pourvoyeurs d'indicateurs pour les institutions publiques.

¹ C'est notamment pour cette raison qu'Etienne Minvielle s'est engagé, en 2011, dans un projet ANR intitulé « place et rôle de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins hospitaliers » (PRIQS). Ce projet a pour objectif « d'analyser la place de l'indicateur comme mode d'évaluation de la qualité et de comprendre le rôle de l'indicateur dans cette évaluation » (Source : site COMPAQ-HPST, 8 juillet 2013). Le projet regroupe quatre équipes : deux chercheurs de COMPAQ-HPST

CLARTE : le regroupement récent d'une pluralité d'expertises plus périphériques

Le second projet de recherche dont il est question mérite un développement plus complet, en raison de sa formalisation récente, sous la forme d'un « Consortium Loire Atlantique Aquitaine Rhône-Alpes pour la production d'indicateurs en santé » (CLARTE), financé par les institutions publiques depuis 2010. L'expertise qui est regroupée dans ce consortium peut être qualifiée comme une expertise plurielle, tout aussi interstitielle, mais qui a pendant longtemps été plus périphérique par rapport à l'élaboration de « mesures d'Etat » et plus proche des acteurs professionnels « de terrain », de par son ancrage régional fort.

Ce consortium regroupe les trois équipes constituées en région respectivement autour de Pierre Lombrail (PIMESP du CHU de Nantes), Philippe Michel (CCECQA, Aquitaine) et Cyrille Colin (IMER aux Hospices Civils de Lyon). Les trois chercheurs ont décidé de mettre en commun leurs expertises respectives pour répondre à un appel à projets du ministère de la Santé, à l'issue de la seconde phase du projet COMPAQH¹. Dans son projet scientifique (CLARTE, 2010, p. 3), le consortium entend développer des IQ de management des ressources humaines dans le domaine de la qualité de vie au travail (absentéisme, turn-over, satisfaction des personnels) et des IQ de sécurité du patient (fréquence des événements indésirables, culture de sécurité chez les professionnels de santé, taux de réadmissions hospitalières). Si CLARTE n'a pas encore « produit » directement d'IQ généralisé par l'Etat en 2010, les chercheurs regroupés au sein du consortium ont contribué aux réflexions consacrées à la mesure de la qualité hospitalière depuis le début des années 2000, à travers une variété de projets qui ont permis le développement d'expertises complémentaires.

« [Les Nantais] sont très pointus sur des domaines compliqués, comme les ressources humaines... [...] [Les Lyonnais] maîtrisent le PMSI, et [les Bordelais] sont toujours, sur le champ métrologique, un peu devant. [...] Ca faisait des choses qui se complètent pour ce qui nous était demandé. » (Entretien avec un chercheur CLARTE)

En premier lieu, l'équipe rassemblée au sein du pôle d'information médicale, d'évaluation et de santé publique (PIMESP) du CHU de Nantes a développé une expertise autour du développement d'IQ à des fins d'apprentissage professionnel et d'IQ de mesure de la qualité de la gestion des ressources humaines. Autour de Pierre Lombrail, cette équipe s'est investie à partir de 2004 dans le projet *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals* (PATH) qui a vu le jour sous l'égide de l'OMS Europe (Lombrail et al., 2007; Merle et al., 2009; Moret et al., 2005, 2009). Développé à partir de revues de littérature et d'ateliers réunissant des experts des différents pays, le projet européen est orienté vers l'amélioration interne de la qualité par la mise à disposition d'outils pour les professionnels, à partir d'une mesure pluridimensionnelle (Veillard et al., 2005). Sa

(Etienne Minvielle et Alane Campos), trois chercheurs de l'ESSEC (Philippe Lorino, Marie-Léandre Gomez, Adrian Zicari), deux chercheurs du CNAM (Yves Clot et Jean-Yves Bonnefond), un chercheur de l'Université de Montréal (Claude Sicotte).

¹ Cet appel à projets a été lancé par la circulaire DHOS/E2/DREES/OSAM/2009/224 du 17 juillet 2009.

« faisabilité » a été testée dans huit études pilotes nationales, dont une menée par les experts du PIMESP au sein d'un échantillon de 13 établissements français volontaires pour tester une vingtaine d'indicateurs de performance, dont certains jugés particulièrement complexes et innovants. L'expérimentation d'indicateurs relatifs aux « ressources humaines » constitue une originalité de ce travail, à travers des IQ cherchant à mesurer et qualifier l'absentéisme, la durée de travail excessive ou encore les accidents d'exposition au sang. Ces premiers travaux ont révélé toutes les difficultés de la construction d'instruments de mesure des différentes dimensions de la performance (Lombrail et al. 2007, p. 3). Leur aboutissement sous la forme d'IQ susceptibles d'être déployés à l'échelle nationale est l'un des objectifs du consortium CLARTE.

En deuxième lieu, l'équipe « lyonnaise » est à la pointe de l'expertise sur l'usage du PMSI. L'équipe de Cyrille Colin au pôle IMER des Hospices Civils de Lyon a travaillé dès le tournant des années 2000 sur la question de l'usage des données médico-économiques à des fins d'évaluation épidémiologique (Couray-Targe et al. 1999). Depuis 2007, le pôle travaille sur un programme de développement d'indicateurs de sécurité des patients (PSI) (Couray-Targe et al., 1999; Januel et al., 2010; Pôle IMER-HCL, 2009), dans le cadre d'une coopération sous l'égide de l'OCDE¹. Soutenue dans le cadre d'une collaboration entre les Hospices Civils de Lyon, la HAS et la DREES, la branche française de ces travaux mobilise les données du PMSI pour évaluer la « faisabilité » de la construction d'une sélection d'IQ capables de mesurer la survenue d'événements indésirables (Pôle IMER-HCL, 2009, p. 6). Cela suppose d'adapter les PSI américains aux informations susceptibles d'être collectées en routine dans le contexte français (Januel et al., 2010). Le consortium CLARTE doit permettre d'aboutir à des PSI généralisables dans les années qui viennent.

En troisième lieu, le comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA), dont Philippe Michel est le directeur médical, a développé une expertise de longue date sur les techniques métrologiques. Contributeur précoce au corpus de littérature consacré aux IQ², le CCECQA est un organisme d'évaluation médicale hybride, à la fois actif dans la recherche à l'échelle nationale et investi dans l'appui méthodologique aux établissements de santé d'Aquitaine, tel qu'il sera décrit dans le chapitre 6. Sans être aussi centrale que l'équipe COMPAQH, l'équipe du CCECQA s'est appuyée sur cette expertise en métrologie pour participer à de nombreuses démarches d'élaboration d'IQ au cours des années 2000. Les chercheurs ont participé à « l'équipe de coordination » de COMPAQH entre 2003 et 2005, offrant notamment au projet un appui en termes de

¹ Cyrille Colin et son équipe participent aux travaux du consortium international IMeCCHI qui s'attache à transcrire une quinzaine de PSI développés par l'agence américaine *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dans la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). Il participe également au projet *Health Care Quality Indicators* (HCQI), qui travaille à l'élaboration d'une comparaison internationale des systèmes de santé des pays de l'OCDE (Pôle IMER-HCL, 2009, p. 5).

² Les chercheurs du CCECQA ont écrit des articles pionniers de la métrologie en santé (Michel et Mougeot, 1999; Michel et al., 2001, 2000).

méthodologie statistique et de capacité d'accompagnement des établissements (Minvielle et al., 2003) ; le CCECQA a développé un questionnaire de mesure de la satisfaction des patients (Saphora) ; il a également apporté à la branche française de PATH la participation de 21 établissements de santé en Aquitaine (Moret et al., 2009, p. 43) ; le CCECQA s'est beaucoup investi dans un sujet connexe à celui de la mesure de la qualité des soins, à travers la réalisation de deux études nationales financées par la DREES et consacrées aux événements indésirables graves (ENEIS) dans les établissements français (Amalberti et al., 2007; Michel et al., 2003, 2004, 2005, 2010). Entre 2006 et 2008, le CCECQA a surtout pris une part active dans la généralisation précoce des IQ d'Etat en Aquitaine.

C'est ainsi une expertise plurielle, portée par quelques équipes françaises, qui opère la construction d'instruments de mesure. Pragmatiques, les différents projets partagent et un même objet « opérationnel » de recherche : les IQ susceptibles d'être utilisés par les acteurs professionnels et/ou par les acteurs institutionnels.

3) Deux philosophies de la mesure structurant l'instrumentation

L'ancrage des chercheurs dans des types de savoirs différents, les différences dans leurs parcours et les nuances dans le degré d'institutionnalisation des projets sont à l'origine de deux philosophies contrastées de la mesure de la qualité, qui font respectivement la part belle aux usages institutionnels et professionnels. Ces deux approches en tension convergent dans l'instrumentation.

COMPAQH : une expertise gestionnaire qui accorde la priorité aux usages institutionnels

Les chercheurs du projet COMPAQH portent une philosophie de la mesure très marquée par les sciences de gestion et une approche d'économie de la santé. Au-delà de l'affichage récurrent d'une diversité d'usages et d'utilisateurs de la mesure de la qualité dans les différents rapports du projet depuis 2004, une importance particulière est accordée aux usages institutionnels de la mesure.

COMPAQH a en effet orchestré de manière précoce la question de l'affichage public des résultats aux IQ et de la levée de l'anonymat des établissements ; COMPAQH travaille aussi progressivement depuis 2008 la question du « paiement à la performance », tout particulièrement révélatrice de la philosophie du projet. Les chercheurs considèrent depuis de nombreuses années le paiement à la performance comme l'un des usages probables des IQ de qualité. Il s'agit même de l'usage les plus intéressants à étudier d'un point de vue d'économiste de la santé et de l'un des usages dignes d'intérêts dans le cadre d'une recherche-action en sciences de gestion. Le développement de mesures fiables et valides permettant d'opérer des comparaisons constitue en quelque sorte un « détour nécessaire » par la métrologie avant de retrouver des sujets d'intérêt ancrés dans ces deux disciplines qui assument leur caractère normatif et leur ambition de « rationaliser » le fonctionnement de l'hôpital et « d'améliorer » la qualité de soins.

« Au CNRS, c'est pas le fait de développer des indicateurs COMPAQH qui est considéré comme intéressant en termes d'économie et de gestion. Ce qui est intéressant, c'est de comprendre le mode de régulation que ça produit [...]. Moi, je suis assez au clair sur mon propre cheminement intellectuel sur le sujet. Et ce n'est pas très compliqué, parce que c'est un cheminement qui était décrit dans la littérature. Par contre, [ce sont des sujets où il y a] un temps de maturation. » (Entretien avec un chercheur COMPAQH)

Si les chercheurs sont convaincus que les usages régulateurs des IQ sont « dans l'air du temps » et finiront par s'imposer en France comme ailleurs, ils sont dans le même temps conscients des réticences que ces usages peuvent susciter. Toute la stratégie déployée par COMPAQH est de travailler progressivement la question des usages externes, sans sacrifier de possibles usages internes de la mesure, afin d'amener progressivement et prudemment le sujet à maturité sans susciter l'opposition des professionnels ou des gestionnaires d'établissement. Les sujets potentiellement conflictuels ou problématiques sont d'abord abordés de manière « exploratoire », par une ou plusieurs revues de la littérature internationale, par l'organisation de séminaires ou de consultations des principaux spécialistes étrangers. Ces activités de recherche permettent d'établir des recommandations dans le contexte français. Un passage du rapport qui fait suite au séminaire international au sujet du paiement à la performance (COMPAQH, 2008a) est particulièrement révélateur de la philosophie gestionnaire normative de ce projet et du mode opératoire par lequel il la déploie. En une phrase, il transforme la question de la pertinence et de l'efficacité du paiement à la performance en la question de la « meilleure mise en œuvre possible » permettant de l'expérimenter¹. Il n'est pas anodin que COMPAQ-HPST, trois ans après un rapport sur le paiement à la performance, soit chargé par le ministère d'organiser une « expérimentation » concrète de paiement à la qualité dans des établissements français. Cette approche gestionnaire de COMPAQH contraste par rapport à celle que mettent en avant les chercheurs de CLARTE.

CLARTE : une expertise de santé publique qui accorde la priorité aux usages professionnels

Trois chercheurs-experts du consortium CLARTE revendiquent en revanche une philosophie « alternative » qui met davantage l'accent sur les usages professionnels autonomes des IQ que sur l'usage externe de la mesure à des fins de régulation ou d'affichage public. L'influence de leurs principaux domaines de recherche dans le regard que ces chercheurs portent sur les IQ est claire. Tous trois font clairement remonter leur intérêt pour les indicateurs à leurs formations en épidémiologie ou en santé publique. Les « nombres » sont perçus comme un moyen de saisir la variabilité des pratiques

¹ Le rapport souligne les doutes et les limites des systèmes de paiement à la performance étrangers étudiés : « *comme tout nouveau thème, la rémunération à la performance interroge, [...] véhicule certaines inquiétudes, relayée en cela par des résultats pour l'instant somme toute modestes* » (p. 5). Toutefois, un déplacement semble s'opérer lorsque l'on passe de la revue de littérature aux « recommandations » : « *il semble que la question qui se pose est, plus que d'être pour ou contre la rémunération à la performance, de comprendre comment la décliner dans une régulation plus large de l'amélioration de la qualité et de la recherche d'efficacité. Dans tous les cas, un besoin d'explication et d'échange avec les professionnels apparaît indispensable. Il permettrait de mieux saisir les enjeux de cette nouvelle forme de rémunération dans le contexte français, et son degré d'acceptabilité, selon les principes retenus, par les professionnels.* » (p. 5). S'ensuit une série de dix principes proposés afin d'accompagner « *l'éventuel développement de cette forme de rémunération en France* » (p. 5).

médicales, dans le but d'améliorer le service rendu à la population. Les chercheurs insistent sur la nécessité de développer la « culture » d'une approche « collective » et « systémique » de la médecine, garante de l'intérêt général, parfois en tension avec une vision plus individuelle de la médecine. Ils sont porteurs d'une approche de la médecine plus formalisée, plus collégiale, ayant davantage recours à la quantification. En un mot : ils sont engagés dans une approche *evidence-based* des activités de soin (Timmermans et Berg, 2003), qu'ils s'attachent à porter auprès des professionnels. Les trois chercheurs considèrent qu'une telle approche de la médecine doit reposer sur des pratiques d'évaluation médicale. Ils assument eux-aussi une approche « normative » de la mesure, dont le déploiement devrait toutefois reposer sur les professionnels eux-mêmes.

« Je fais partie de ces médecins un peu bizarres qui ont des responsabilités non pas soignantes, mais hospitalo-universitaires. [...] Ce qui me préoccupe, c'est comment améliorer la contribution du système de soins à la production de santé en général, et la réduction des inégalités de santé en particulier. [...] Ca consiste à dire qu'on peut mieux faire, avec les professionnels eux-mêmes. C'est toute la logique évaluative. [...] Si vous voulez, un docteur de santé publique, il doit un peu vous tenir ce discours-là, ou alors il ne fait pas son métier. » (Entretien avec un chercheur CLARTE)

Ces chercheurs placent au premier plan de leur travail sur les IQ la recherche d'appropriations et d'apprentissages professionnels, qui leur semble plus importante qu'une logique de reddition de comptes externe ou des usages bureaucratiques à l'efficacité perçue comme incertaine. Comme cela apparaît dans la synthèse des « enseignements » présentée dans le rapport du projet PATH (Lombrail et al. 2007), il s'agit bien de porter une « culture positive de l'erreur » dans les pratiques professionnelles et de susciter des appropriations locales par les professionnels de santé.

Cette approche ancrée dans la santé publique et l'évaluation médicale a des conséquences importantes sur le type de mesure que les chercheurs s'attachent à développer : IQ de ressources humaines prenant en compte la satisfaction des personnels au travail, IQ de satisfaction des patients, IQ de pertinence des soins, ou encore IQ touchant au cœur des « pratiques » cliniques, susceptibles d'intéresser les professionnels dans une perspective d'usage professionnel autonome. Cette conception a aussi de lourdes conséquences sur la manière d'envisager les modes d'utilisation concrets des indicateurs : la mesure doit constituer « un » outil parmi d'autres susceptibles d'équiper les pratiques d'évaluation des professionnels. Sans aller jusqu'à remettre en question la nécessité de développer des IQ d'Etat, les chercheurs soulignent les risques de « stérilisation » portés par le « rouleau compresseur » de la généralisation nationale.

« Au départ, les petits projets régionaux, des indicateurs travaillés avec les cliniciens, mis en œuvre par eux, c'étaient des outils qui leur appartenaient. [...] Et puis il y a eu le "rouleau compresseur" de la généralisation, qui a fait disparaître, d'une certaine façon, ces petits indicateurs locaux. "On ne va pas tout mesurer, on nous impose ceux-là", donc "allons-y, on va travailler avec ça". [...] Il y a un poids de la gouvernance qui laisse très peu de marge d'autonomie aux établissements, [...] qui entraîne chez les professionnels de terrain une désappropriation. » (Entretien avec un chercheur CLARTE)

Les chercheurs sont pourtant intimement convaincus du caractère inexorable de ce grand mouvement de mise en transparence des activités professionnelles, qu'ils ont perçu dès les premiers palmarès dans la presse de la fin des années 1990, qu'ils voient se déployer à l'échelle internationale et dans tous les secteurs. Face aux risques de « désappropriation professionnelle », ils se perçoivent comme des médecins scientifiques capables de fabriquer des IQ dotés de qualités métrologiques, et jugés plus utiles. Ils se considèrent également comme des « accompagnateurs » susceptibles d'aider les professionnels de terrain à s'emparer des mesures qui leur sont imposées.

« Si j'avais pas un minimum de convictions, je ne serais pas là ! J'aurais bifurqué sur d'autres choses. Je pense que c'est vraiment un service à rendre à la collectivité. Mais il ne faut jamais être dupe de ce que l'on fait. [...] Ce sont des outils de CONDUITE DE CHANGEMENT [...]. Il ne faut pas être obnubilé par l'outil. La conduite du changement, c'est d'abord de PERSUADER les gens. Il faut investir sur des projets qui MONTRENT que ça fonctionne. » (Entretien avec un chercheur CLARTE)

Sans remettre en cause tout usage externe de la mesure, ces chercheurs affichent une distance critique par rapport à la priorité accordée aux usages externes et comparatifs de la mesure par les institutions publiques. Ils regrettent la focalisation depuis 2006 des institutions publiques sur la diffusion publique d'informations, alors que ses effets restent difficiles à objectiver. Les trois chercheurs sont aussi dubitatifs devant l'injonction à développer des indicateurs de résultats qui seraient construits sur des taux de mortalité à des fins d'affichage public ou de classement des établissements. L'un d'eux participe au groupe de travail mis en place par la DREES suite à la demande présidentielle pour des IQ de mortalité en 2008. Il explique avoir mobilisé l'exemple des premières « listes noires » du magazine *Sciences et avenir* pour souligner les difficultés d'interprétation d'un classement construit sur de telles mesures.

« Ils avaient utilisé la mortalité sans ajustement, sans prendre en compte l'aléatoire... Ils ont pointé, je m'en rappelle, le CHU de Reims, et ils ont dit "la mortalité en chirurgie cardiaque est bien plus élevée que la moyenne". [...] Le pauvre CHU de Reims, sur une centaine d'actes de chirurgie cardiaque, ils avaient eu 5 décès. Donc ça faisait une mortalité excessive par rapport aux autres. Mais les années d'avant et d'après, ils n'avaient rien eu, ces malheureux ! Et ils s'étaient retrouvés au ban de la société... Sur les deux chirurgiens, l'un avait fait une dépression, l'autre avait démissionné... » (Entretien avec un chercheur CLARTE)

Ces propos révèlent bien le souci des conséquences néfastes de mauvais indicateurs susceptibles de stigmatiser indûment des professionnels. Ce chercheur promeut davantage l'utilisation épidémiologique de tels indicateurs de sécurité des patients par les professionnels eux-mêmes, à des fins d'amélioration des pratiques. L'indicateur est alors considéré comme un outil « sentinelle ».

« On pourra améliorer sur des grandes tendances, hôpital par hôpital. Chaque établissement suivra son indicateur, il suivra la moyenne des autres, il verra dans quelle frange il se trouve, et il aura un outil pour s'améliorer. » (Entretien avec un chercheur CLARTE)

Les chercheurs se montrent également méfiants par rapport au développement du « paiement à la performance » (« P4P »), qui accentuerait à leur sens les risques de *gaming*, tout en éloignant la perspective d'une appropriation professionnelle et d'apprentissages « en confiance » entre pairs en

quête d'amélioration de leurs résultats. Rivalentes et contrastées, ces approches de la mesure de la qualité sont pourtant loin d'être systématiquement opposées.

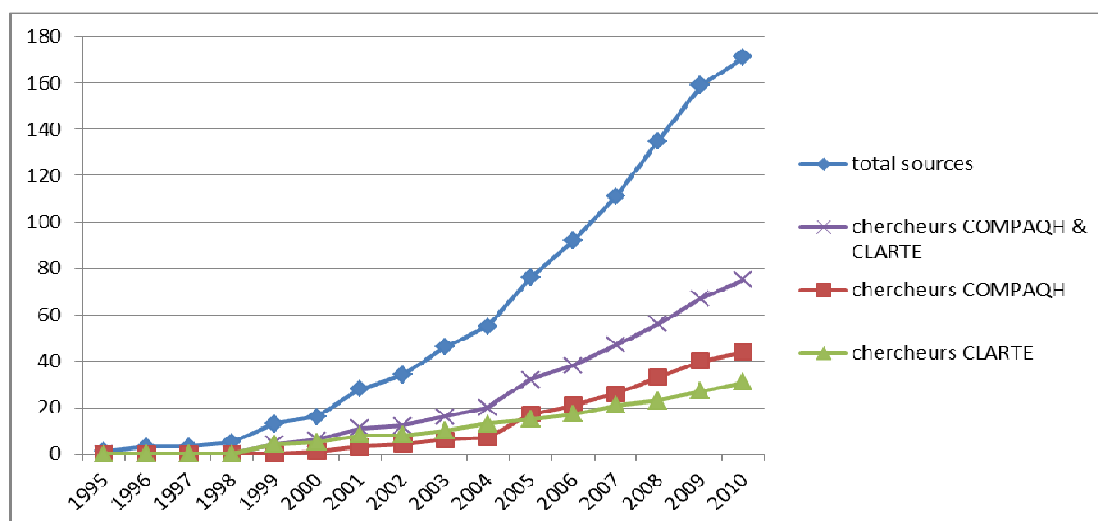
Appartenance à une même communauté épistémique et convergence dans l'instrumentation

Ce qui rapproche ces chercheurs-experts est cependant plus fort que ce qui les divise car ils appartiennent à la même « communauté épistémique » : ils constituent un même réseau de professionnels « *ayant une expertise et une compétence reconnues dans un domaine particulier, qui peuvent faire valoir un savoir pertinent sur les politiques publiques du domaine en question* » (Haas, 1992, p. 3). Comme dans le cas des chercheurs technico-instrumentaux, cette petite communauté de recherche demeure toutefois peu « visible » (Shinn et Ragouet, 2000, p. 459) au-delà des différents projets qui la déploient. Pourtant, ils forment un petit réseau d'interconnaissance. Ils se fréquentent, se croisent, s'appellent et se citent. Ils se distinguent des acteurs qui produisent des mesures de la qualité sans « expertise » métrologique reconnue, comme les journalistes auteurs des palmarès hospitaliers. Ils publient dans les mêmes numéros spéciaux de revues consacrés à la mesure de la qualité ou de la performance hospitalière¹, fréquentent les mêmes « tables rondes » ou comités scientifiques et institutionnels. S'ils sont marqués par des différences sensibles d'approche, ils se rejoignent sur bon nombre de questions génériques relatives à l'élaboration de mesures valides de la qualité hospitalière.

Les deux ensembles d'expertise convergent dans le corpus de savoirs qui s'est constitué autour des indicateurs de qualité hospitalière en France depuis la fin des années 1990. La place importante des travaux publiés par les chercheurs ressort nettement des entretiens institutionnels. Elle peut être objectivée dans l'étude bibliométrique : prises ensembles, les publications des deux projets représentent 75 sources sur les 171 comptabilisées entre 1995 et 2010 (voir figure 8 ci-après).

¹ Voir notamment leurs contributions au numéro thématique de la revue *Risques et Qualité en milieu de soins* consacré aux indicateurs de qualité en 2009 (Bérard et al., 2009; Lambert-Evans et al., 2009; Michel et Tricaud-Vialle, 2009; Moret et al., 2009; Rambaud, 2009).

Figure 8. Evolution de la part relative des sources COMPAQH et CLARTE



Certes, l'influence des deux projets n'est pas exactement la même. Avec 44 sources, soit plus du quart du total, les publications des chercheurs COMPAQH occupent une place importante dans le corpus. Etienne Minvielle et ses co-auteurs commencent à publier au sujet des IQ au tout début des années 2000, d'abord à un rythme modéré, marqué par une accélération entre 2005 et 2009, c'est-à-dire au cours de la période d'institutionnalisation du projet COMPAQH et de généralisation des premiers IQ d'Etat. De leur côté, les chercheurs aujourd'hui rassemblés au sein de CLARTE sont à l'origine de 31 sources. Ensemble, ils sont les principaux chercheurs qui ont publié au cours de la période « pionnière » de 1999 à 2005¹. S'ils n'ont pas contribué directement à l'élaboration des « mesures d'Etat » déployées dans la seconde moitié des années 2000, les différents projets périphériques auxquels ils ont participé ont régulièrement alimenté le corpus de sources.

Ces deux approches ont aussi pris leur essor de manière concomitante et se sont mutuellement renforcées pour contribuer à faire émerger un espace cognitif hybride autour de la mesure de la qualité. Tout en reconnaissant une situation de compétition par rapport aux financements institutionnels, les chercheurs affichent une certaine déférence vis-à-vis de leurs pairs.

« On a quand même une relation de rivalité, parce qu'ils ont pensé qu'on voulait prendre le "marché" des indicateurs en France. [...] Elle est embêtante, cette rivalité, parce que nous on sait quel chemin COMPAQH a ouvert. On sait que sans COMPAQH, il n'y aurait pas eu un début d'acculturation de la mesure à l'hôpital. [Ils ont joué] un rôle très important ! » (Entretien avec un chercheur CLARTE)

Cette référence au « marché des indicateurs » n'est pas anodine. L'investissement précoce de ces chercheurs dans l'expertise sur les IQ comporte incontestablement une dimension entrepreneuriale, qu'il serait réducteur de limiter à sa seule dimension stratégique. L'action de ces différents chercheurs a également une dimension morale : tous sont persuadés d'agir pour le bien de la collectivité et pour la

¹ Notons que les rapports publiés par COMPAQH entre 2003 et 2005 n'ont pas été codés comme publiés par les chercheurs du CCECQA, alors qu'ils étaient associés au projet.

qualité des prises en charge. Cette entreprise s'inscrit dans un collectif : chacun de ces « entrepreneurs de la mesure » sait que son travail sur les IQ repose, plus largement, sur la référence à la même communauté d'expertise française et à ses connexions internationales. L'existence de plusieurs philosophies est d'ailleurs mise en avant comme un « pluralisme salutaire ».

« C'est quand même une question d'éthique, quelque part ! La situation de monopole n'est pas saine... On ne revendique pas d'être calife à la place du calife ! Bien sûr que COMPAQH c'est bien. Etienne Minvielle, il connaît son métier ! Il en parle remarquablement bien ! [...] Mais ça ne serait pas sain qu'il n'y ait qu'une seule équipe qui impose une seule manière de voir ! La logique de la recherche, c'est quand même la pluralité de pensées, le regard critique, tester des hypothèses contradictoires, c'est l'émulation ! » (Entretien avec un chercheur CLARTE)

Ce qui semble se dessiner à travers le financement du consortium CLARTE par les institutions publiques en parallèle du financement du projet COMPAQ-HPST, c'est une ouverture en termes de types d'indicateurs produits et une ouverture en termes de sources des données utilisées pour les bâtir. L'année 2010 correspond à la fois à un élargissement du « marché » institutionnel des IQ et à un glissement subtil dans le positionnement des chercheurs CLARTE, qui gardaient jusqu'ici davantage leurs distances par rapport à l'usage externe de mesures. Les IQ que CLARTE a commencé à produire ne sont plus exclusifs d'usages externes. Pour bénéficier des financements publics, les chercheurs du consortium ont dû accepter d'inscrire des IQ pendant longtemps pensés au service des professionnels au sein d'une démarche de généralisation nationale « à des fins de pilotage institutionnel des établissements, de management interne, de diffusion publique, de comparaisons inter-établissements nationales et internationales » (CLARTE, 2010, p. 3). Celui qui se montre le plus attaché aux usages professionnels nuance lui-même le contraste entre les deux approches des IQ, décidément moins net au tournant des années 2010 qu'à la fin des années 1990.

« Ma philosophie c'est "prenons le monde tel qu'il est, et essayons d'accompagner les professionnels pour qu'ils fassent mieux". [...] Je sais qu'on a tous les deux raisons [avec Etienne Minvielle]. Je sais qu'il faut aussi de la norme... de temps en temps, je rôle quand mes collègues ne la respectent pas... Mais je sais aussi qu'il faut mettre les gens dans la dynamique ». (Entretien avec un chercheur CLARTE)

Les approches plus professionnelles ou plus institutionnelles des instruments de mesure s'agencent davantage qu'elles ne s'opposent au cours de la construction des IQ par les deux projets de recherche. Aucun de ces projets pragmatiques ne peut s'affranchir complètement de l'un de ces deux « débouchés » de la mesure. Comme les chercheurs technico-instrumentaux, ces experts doivent veiller à conserver un certain niveau de « généricité » à leurs indicateurs.

« Je pense que [cette expertise] est un de nos points forts, aussi. [...] Mais ça, c'est la pratique de COMPAQH... CCECQA, COMPAQH, CEPPRAL, là, on est tous... C'est unificateur... On est potentiellement en concurrence, mais en même temps, on a la même vision de notre fonction, le même raisonnement. On doit pouvoir être constructif, faire des choses constructives ensemble. »

Entretien avec un acteur institutionnel passé par le projet COMPAQH

En dépit de différences dans les profils individuels, dans les positionnements institutionnels des projets et dans les philosophies déployées, ces différents chercheurs composent une petite communauté d'expertise discrète, relativement intégrée, dont la position interstitielle se révèle cruciale pour équiper l'entreprise de rationalisation par les IQ en instruments. Ce sont ces étranges « médecins-chercheurs-experts » qui ont entrepris, dans leur diversité, d'alimenter les institutions d'idées, de savoirs et de techniques métrologiques depuis la fin des années 1990. Ils agencent, dans leurs activités de recherche opérationnelle, des logiques professionnelles et institutionnelles, pour produire des « indicateurs » susceptibles d'équiper les différentes démarches. Depuis leur position stratégique à la frontière des trois univers, ces chercheurs se font les principaux artisans de la « validité » des IQ.

2. La fabrique de la « validité » des IQ d'Etat

Par quels procédés les chercheurs-experts construisent-ils les IQ d'Etat comme des « objets fermement établis » (Desrosières, 1993, p. 19) ? Comment leur permettent-ils de devenir des « nombres crédibles » et « impersonnels » (Porter, 1996, p. 214) ? Construire des indicateurs « validés », c'est non seulement construire des indicateurs capables d'objectiver la qualité mais aussi construire la capacité de ces indicateurs à être acceptés et utilisés par les professionnels de santé. Cette expertise originale articule des activités métrologiques (1) avec un travail de nature plus politique (2).

1) Construire l'objectivité des mesures : un travail métrologique

Comme les chercheurs technico-instrumentaux, les experts qui fabriquent les IQ opèrent, en premier lieu, un travail intellectuel complexe centré sur les instruments, impliquant la conception, la construction, « le *bricolage sans fin et l'analyse destinés à justifier les principes de base des instruments, l'adaptation pour améliorer leurs performances, les recherches et contrôles destinés à définir dans quelle mesure un instrument générique peut être généralisé, les tests et modifications permettant de vérifier si les principes de généralisation tiennent et le transfert de l'instrument vers des usagers* » (Shinn et Ragouet, 2000, p. 460). Leur capacité à se revendiquer de l'univers social de la science et la familiarité aux savoirs statistiques, épidémiologiques ou gestionnaires qu'ils ont acquise leur permettent d'opérer cet ensemble d'activités « métrologiques ».

Doter les IQ de qualités métrologiques : construire une objectivité « absolue »

Les chercheurs soulignent l'importance des aspects statistiques dans leur travail d'élaboration des IQ. Produire des IQ capables d'« objectiver » la qualité, c'est bien la « mettre en nombres » d'une manière qui soit la moins contestable possible. Ce travail renvoie à la construction d'une forme d'objectivité « absolue » telle qu'elle est définie par T. Porter (1996) : « *[Objectivity's] etymology suggests an acquaintance with objects. [...] Objectivity is very nearly synonymous with realism, while*

“*subjective*” refers to ideas and beliefs that exist only in the mind. » (Porter, 1996, p. 3). Des IQ « objectifs » sont des mesures capables de révéler la qualité des prises en charges hospitalières « telle qu'elle est réellement », par opposition aux « croyances » subjectives que les différents acteurs sont susceptibles d'avoir au sujet de la qualité hospitalière. Cette quête « d'objectivité », abordée avec une certaine humilité, est néanmoins revendiquée comme la caractéristique essentielle d'un travail « scientifique ».

« On teste les critères, on a des méthodes statistiques, comme la reproductibilité entre deux observateurs pour savoir s'ils codent la même chose, la validité de face à face, pour savoir si les items écrits sont validés avec les professionnels... [...] Le "discriminative power", pour s'assurer qu'il y a de la dispersion dans les résultats... On a introduit un coefficient de dispersion, le Gini, pour tester cette variabilité. Il y a une batterie de critères, plus ou moins codifiés dans la littérature internationale, avec quelques variantes. [...] C'est de la science de la mesure... » (Entretien avec un chercheur COMPAQH)

Pour l'essentiel, cette expertise consiste à « équiper » les IQ des qualités métrologiques présentées dans le chapitre 3. Les chercheurs doivent d'abord construire la validité de l'indicateur, c'est-à-dire son aptitude à « refléter ce qu'il est censé mesurer » (ANAES, 2002, p.28). Ils doivent également construire sa fiabilité, c'est-à-dire sa capacité à permettre une mesure à la fois précise et reproductible (ANAES, 2002, p.29), aussi bien dans l'espace (plusieurs services, plusieurs établissements) que dans le temps (évolution de la mesure dans un même service ou établissement). Les chercheurs doivent enfin construire la sensibilité et la spécificité de l'IQ, c'est-à-dire sa capacité à mesurer de faibles variations du phénomène, et sa capacité à ne varier que lorsque le phénomène étudié varie. Doter un IQ de ces « qualités » constitue un travail complexe, accompli en plusieurs étapes (CLARTE, 2010; COMPAQH, 2006a, 2007b) : définition de la dimension de la qualité que l'on cherche à mesurer ; élaboration des critères que l'on peut évaluer ; construction d'un « cahier des charges » permettant de standardiser la mesure ; conduite d'un ensemble de tests permettant de vérifier la précision, la reproductibilité, la sensibilité, et la spécificité de l'indicateur (voir encadré 18 ci-après).

Encadré 18. Illustration : le travail métrologique réalisé sur l'indicateur TDP

Le travail métrologique de l'indicateur de tenue du patient (TDP) a impliqué les étapes suivantes :

- **définition de la dimension de la qualité évaluée** : la qualité de la coordination des soins autour du patient
- **constitution d'une liste des critères** jugés importants pour la coordination des soins dont la traçabilité est susceptible d'être recherchée dans le dossier : document médical relatif à l'admission, examen médical d'entrée, présence des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation, etc.
- **construction d'un cahier des charges** permettant l'organisation d'un recueil standardisé dans les différents établissements : détermination du nombre de dossiers patient à tirer au sort pour évaluation, ce qui suppose un arbitrage entre fiabilité statistique et charge de travail dans les établissements), détermination aussi précise que possible des règles de « codage » de l'évaluation, définissant avec précision la manière de procéder dans des situations ambiguës, comme un codage négatif en cas de présence de documents incomplets...
- **évaluation de la qualité métrologique de l'indicateur** par un recueil expérimental : la mesure qui résulte de l'indicateur est-elle valide, fiable, sensible et spécifique ? Le cahier des charges permet-il d'éviter au maximum les erreurs d'interprétation, de codage, de calcul ? L'IQ permet-il de saisir des variations dans la qualité de la tenue du dossier patient d'un établissement à l'autre ? Est-il capable de détecter des variations réduites entre différents établissements ? Est-il immunisé contre des variations liées à d'autres phénomènes que la qualité de la tenue du dossier ?

Si ce travail métrologique est très largement accompli par les chercheurs qui procèdent aux revues de littérature et qui maîtrisent les savoirs statistiques, ces derniers ne peuvent le mener à bien qu'avec le concours de professionnels volontaires pour participer à l'élaboration et au test des IQ, au cours d'un processus itératif d'élaboration formelle de la mesure et de sa confrontation avec la réalité hospitalière. Ce travail métrologique permet de « sélectionner », parmi un nombre important d'IQ envisagés, ceux qui seront travaillés et améliorés jusqu'à être considérés comme « validés ». Les indicateurs qui passent avec succès les différentes « tests » métrologiques se voient reconnaître, à l'image de tous les IQ généralisés par l'Etat au cours des années 2000, les qualités métrologiques susceptibles de produire une mesure « objective ». Inversement, ces tests peuvent conduire les chercheurs à abandonner des indicateurs jugés « non validés » (pour un exemple, voir encadré 19).

Encadré 19. Les problèmes métrologiques posés par le taux de mortalité dans les GHM à faible risque

L'IQ intitulé « **taux de mortalité dans les GHM à faible risque de survenue de décès** » a été écarté par COMPAQH après une étude en 2004. Comme son nom l'indique, il s'agit d'un IQ qui évalue la mortalité lors de prises en charges pour lesquelles les taux de mortalités attendus sont particulièrement faibles, comme les appendicectomies ou les amygdalectomies.

Les chercheurs ont rencontré des **difficultés d'ajustement** (COMPAQH, 2009, p. 10), c'est-à-dire des difficultés pour pondérer les taux de mortalité bruts en fonction des risques spécifiques que peuvent présenter certains patients, comme dans le cas des patients particulièrement âgés ou dans le cas de patients présentant des comorbidités qui présentent un risque de mortalité élevé en dépit du faible risque lié à l'intervention. Le « modèle » d'ajustement n'a pas pu être validé en raison d'une fiabilité des données incertaine : il se révèle délicat de retrouver les informations nécessaires dans le PMSI.

Par ailleurs, ces taux de mortalités sont **insuffisamment élevés** pour mettre en évidence une variabilité d'une robustesse statistique suffisante pour avoir véritablement du sens. L'IQ testé présente donc un problème de fiabilité qui remet en cause sa capacité à refléter un taux de mortalité « anormalement élevé ». Il a dès lors été jugé qu'il risquerait de discriminer les établissements sur des éléments d'évaluation insuffisamment validés et, par-là, de poser des problèmes d'acceptabilité autant que de validité.

Evidemment, doter un indicateur de l'ensemble de ces « qualités » d'objectivation relève d'une série d'opérations caractérisées par de fortes incertitudes : aucune décision prise au cours du processus ne va de soi selon un critère incontestable. Les chercheurs pointent les nombreuses controverses qui traversent la littérature internationale en matière de mesure de la qualité. Parmi les critères « métrologiques » retenus pour établir la « qualité » de l'indicateur, certains renvoient d'ailleurs explicitement au rapport subjectif de l'instrument avec les acteurs censés l'utiliser. La « faisabilité » de l'IQ est le premier critère testé lors de l'expérimentation. Elle renvoie à sa pertinence, c'est-à-dire sa capacité à être utile pour améliorer la qualité, à sa simplicité, à son « acceptabilité », qui constituent autant de gages jugés incontournables de son appropriation possible par les acteurs. Les chercheurs sont aussi conscients de l'arbitrage qui doit être fait entre qualité métrologique et usage concret des IQ. Dans le cas des IQ qui nécessitent une évaluation des dossiers, ils ont par exemple été amenés à réduire la taille des échantillons, qui fait leur valeur statistique, pour prendre en compte les revendications des fédérations hospitalières en matière de charge de travail pour les établissements : le recueil est pratiqué sur des échantillons de 60 à 80 dossiers plutôt que sur des échantillons élargis, et une marge d'erreur a été intégrée dans l'affichage des résultats. Evidemment, les chercheurs ne sont pas dupes du caractère inaccessible de l'objectivité « absolue » de la mesure. La fabrique de l'objectivité repose très largement sur une seconde dimension du travail métrologique.

Une méthodologie pour valider les IQ : construire une objectivité « mécanique »

En raison de la complexité technique, des incertitudes qui se font jour au cours du travail et de la tension inévitable entre métrologie et acceptabilité sociale, la robustesse ne repose pas uniquement sur les « qualités métrologiques », mais aussi sur l'objectivité de la « méthode » par laquelle les IQ en sont équipés. Ce travail de légitimation des IQ par leur procédure d'élaboration correspond à « l'objectivité mécanique » mise en évidence par T. Porter (1994, p. 4) : courante dans des situations marquées par des possibles remises en cause de l'objectivité « absolue » des nombres, elle repose moins sur leur capacité avérée à « objectiver le réel » que sur la capacité de ceux qui les construisent à revendiquer une méthodologie rigoureuse, formalisée, impersonnelle, incontestable. La robustesse des mesures repose alors surtout sur le fait de « convenir » (Desrosières, 2014, p. 38) des règles d'élaboration de l'objet. Comme dans le domaine de la recherche technico-instrumentale étudiée par d'autres auteurs, « *l'objectivation est plutôt construite à travers une pratique collective structurée autour de matériels et de procédures efficaces. Ici, l'objectivation est pratique et cumulative, elle est autant sociologique qu'intellectuelle* » (Shinn et Ragouet, 2000, p. 467-468). C'est bien une méthodologie « objective » de ce type qui est mise en avant dans les projets. Comme l'explique cet ancien acteur-clé de la HAS, la crédibilité de COMPAQH vis-à-vis de ses « partenaires » et la légitimité des IQ qu'il produit dépendent très largement de la capacité à afficher une méthode robuste.

« L'idée c'est aussi qu'on avait un projet qui validait les indicateurs. On pouvait dire que c'était solide. [...] "On a une stratégie de recherche et développement [...] qui apporte la

légitimité en termes de validité et de faisabilité des indicateurs. [...] Il y a eu un long travail d'expérimentation". L'idée, c'était vraiment de pouvoir dire "on ne vous fait pas faire n'importe quoi". » (Entretien avec un ancien responsable du service « indicateurs » à la HAS)

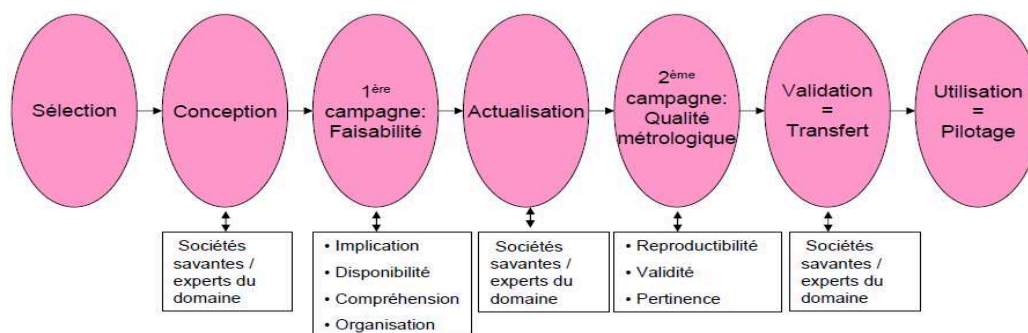
Lors de l'enquête institutionnelle, les méthodologies de construction des IQ sont très souvent présentées en contraste avec celles mobilisées dans les palmarès hospitaliers, décrites comme des bricolages opaques, hasardeux, imprécis voire biaisés. Dans les sources écrites, la méthodologie du projet COMPAQH est, au contraire, présentée comme « standardisée », fondée sur des « outils » tangibles, des « règles » précises, et des « éléments de preuve » étayant l'évaluation des IQ (COMPAQH, 2006, p. 4). Comme le soulignent les chercheurs, la formalisation de la méthode permet non seulement de construire la robustesse intrinsèque de la mesure, mais aussi de « protéger » les IQ d'une contestation par les acteurs hospitaliers.

« Les palmarès reconnaissent les meilleurs. Ce n'est pas tout à fait le même exercice sur le tableau de bord des infections, avec 3000 établissements. Il faut avoir une méthodologie suffisamment robuste pour que quand vous classez, vous ne créez pas trop de controverses et de polémiques ! Quand les premiers résultats sont sortis, ce sont les "mauvais" qui ont réagi : "c'est quoi la méthode ?" Et là, il faut quand même être assez carré sur les réponses que vous apportez. [...] La méthode de comparaison qu'on avait faite, qui était soit avec des percentiles, soit avec des petits échantillons de dossiers avec des intervalles de confiance par rapport à une moyenne observée, a été assez fondamentale comme critère aussi pour garantir la montée en charge de la démarche ». (Entretien avec un chercheur COMPAQH)

La « force » de la méthode repose non seulement sur l'intégration d'« intervalles de confiance » qui renforcent la valeur statistique des IQ, mais également sur la référence à un travail collectif de longue haleine, institutionnalisé, qui renforce la « validité » reconnue aux mesures. Il n'est pas anodin que la « méthode COMPAQH », mise en avant dans la plupart des publications du projet (voir figure 9), soit présentée comme l'un des « résultats » importants du projet.

« Un des premiers résultats de notre recherche, ça a été d'ériger des principes méthodologiques, qui maintenant sont évidents et [...] pas très sorciers à inventer, mais le fait d'avoir un temps de consensus sur l'indicateur, avec un milieu professionnel concerné, de rédiger un cahier des charges, était quelque chose qui en 2003 en fait n'était pas du tout dans l'esprit du moment. » (Entretien avec un chercheur COMPAQH)

Figure 9. Méthode de développement d'un indicateur COMPAQH (détails)¹



¹ Source : formation HAS/COMPAQH, 15 et 18 janvier 2010 (accessible sur le site COMPAQH).

Cette méthode offre un cadre permettant de travailler les incertitudes qui caractérisent inévitablement la construction et la validation des IQ. Elle permet à la fois d'organiser un apprentissage collectif autour de la mesure de la qualité, de maîtriser les tensions qui peuvent émerger au cours de l'élaboration des IQ et de revendiquer l'objectivité des mesures produites. Les IQ qui suscitent trop de tensions ou de difficultés peuvent être mis de côté au nom de leur défaut « d'acceptabilité », comme le montre par exemple l'éviction de l'IQ « d'absentéisme », sur lequel a travaillé le projet COMPAQH à partir de 2003. L'objectif du travail était de mettre au point un indicateur de qualité de la gestion des ressources humaines. Les chercheurs COMPAQH se sont entourés d'un panel de directeurs des ressources humaines volontaires. Après avoir procédé à une revue de la littérature internationale sur le sujet, et s'être inspiré d'expériences canadiennes, les chercheurs ont proposé une approche construite sur les arrêts de travail de courte durée. Le groupe de travail a révélé toutes les difficultés à aboutir à un consensus.

« On a eu une discussion sur la borne de la courte durée. C'est un sujet assez sensible. [...] Avec des problèmes de faisabilité. L'absentéisme par service, c'est compliqué à recueillir au niveau national... C'est une lecture interne à l'établissement. Si on voulait en faire un recueil national, il y a un problème de reproductibilité, de standardisation du découpage des services d'un établissement à l'autre. Ce qu'on appelle service dans un établissement ne recoupe pas forcément la même chose ailleurs... Donc il y avait des thèmes de cette nature, où ça a été un peu chaud... Enfin un peu "chaud", mais c'était aussi tout l'intérêt du sujet... » (Entretien avec un chercheur COMPAQH)

Lors des entretiens, les chercheurs eux-mêmes soulignent à quel point il se révèle souvent difficile de faire la différence entre les évictions « métrologiques » et les évictions d'une nature plus « politique ». Les deux aspects se renforcent d'ailleurs mutuellement : moins la mesure est jugée métrologiquement robuste, moins son acceptabilité est élevée, et réciproquement.

A l'issue de ce travail métrologique, les IQ sont « durcis » et considérés comme « validés ». La « boîte noire » de leur construction sociale et de ses incertitudes peut être refermée. Les activités des chercheurs ne se limitent toutefois pas à cette dimension métrologique.

2) Construire l'acceptabilité des mesures : un travail politique

La « validité » des IQ réside également dans leur capacité à être acceptés sans conflit par les acteurs dont ils sont censés mesurer les activités. Ainsi, les chercheurs-experts ne se contentent pas d'élaborer les mesures ; ils participent activement à leur diffusion. Les activités métrologiques sont ainsi l'occasion du déploiement d'un intense « travail politique » au sens où l'emploie la sociologie des mouvements sociaux (Neveu, 2011, p. 99), qui se décline à travers trois aspects de leurs activités rendus possibles par leur interstitialité entre les univers professionnel, scientifique et institutionnel.

Un travail social d'intégration autour des instruments

Le travail politique des chercheurs-experts prend, en premier lieu, la forme d'un travail social d'intégration. En effet, construire des IQ « légitimes », c'est se donner les moyens de construire des IQ qui « font consensus » au sein de la communauté hospitalière constituée par les représentants des institutions, des établissements et des professionnels. Par leurs activités d'organisation et d'animation, ces chercheurs mobilisent ce qui s'apparente à un « savoir-combiner » (Hatchuel et Weill, 1992), qui réside dans leur capacité à agencer et à coordonner des acteurs porteurs d'intérêts hétérogènes et parfois divergents, qu'il s'agit de faire travailler collectivement et pacifiquement à la production des IQ d'Etat. La position interstitielle des chercheurs leur donne les moyens d'intégrer ces logiques hétérogènes dans les IQ : COMPAQH revendique ainsi d'avoir « *introduit une dynamique d'échanges et de production collective entre professionnels, institutionnels et chercheurs* » (COMPAQ-HPST, 2010, p. 26). Ce travail social d'intégration permet de façonner les caractéristiques si particulières des IQ, instruments aux usages équivoques, dotés à la fois d'une charge normative et d'une certaine plasticité cognitive.

Une partie importante du travail des chercheurs consiste à « organiser la complexité », comme le montre bien le cas COMPAQH. Fondamentalement ambivalent, le projet se veut tout à la fois une structure de recherche scientifique et un opérateur d'apprentissage ; le projet doit correspondre aux attentes des différentes institutions publiques qui le financent, tout en respectant une relation avec les établissements cruciale pour produire des mesures validées ; il doit « produire » des IQ dans un délai court, tout en garantissant leur robustesse. Organiser cette complexité implique un travail d'organisation et d'animation, permettant de structurer le débat et d'animer les discussions entre les parties-prenantes. Ce travail est accompli au sein d'instances et de comités mis en place par le projet, permettant l'échange autour des IQ. Le chapitre 2 a mentionné le rôle du comité national de la généralisation, censé permettre de mettre en cohérence les attentes institutionnelles. Les chercheurs ont également mis en place des « comités de pilotage » pour leurs projets. Ils animent aussi tout un ensemble de réunions. Les différentes instances constituent un véritable espace d'intégration, une interface entre les trois univers des institutions, des chercheurs, des professionnels « de terrain » et de leurs représentants.

Ce travail social d'intégration implique non seulement de « mettre en lien » des acteurs hétérogènes, mais aussi de donner une « forme » à ces liens. L'originalité de ce type de projet est d'intégrer des formes de relations horizontales, en mettant « en réseau » les différents experts ou représentants appelés à délibérer ensemble au cours des différentes réunions, avec une forme de relation verticale plus hiérarchique, qui place au sommet décisionnel le « comité de pilotage national de la généralisation », et « à la base » les établissements dans lesquels ont lieu l'expérimentation des IQ. Les différentes réunions « plénières » annuelles COMPAQH, tout comme la « réunion de lancement » du projet CLARTE, commencent par une prise de parole des représentants des institutions

publiques, suivie de présentations orchestrées par les chercheurs en charge du projet donnant lieu à des « échanges avec la salle » au cours desquels les représentants des établissements de santé posent essentiellement des questions techniques relatives au recueil de tel ou tel IQ, ou aux délais ou aux formes de transmission des informations. Certains professionnels de terrain soulèvent parfois des questions plus critiques, qui mettent en cause la cohérence des différentes démarches institutionnelles ou les difficultés qu'ils ressentent pour faire participer les professionnels de santé aux démarches d'IQ. C'est par exemple le cas d'un médecin en charge des questions de qualité au CHU de Clermont-Ferrand, lors de la réunion plénière COMPAQH de 2007.

« [Un médecin en santé publique, CHU de Clermont-Ferrand] se demande quels intérêts les professionnels peuvent trouver dans le projet COMPAQH, comment ils peuvent se sentir impliqués et concernés. Pour elle, il est difficile de convaincre les professionnels, du fait notamment que les politiques d'amélioration de la qualité ne viennent pas du corps médical mais lui sont imposées. » (Compte-rendu de réunion plénière COMPAQH, 26 juin 2007)

Les réponses proposées par le chercheur COMPAQH et le président de la HAS sont proches. Elles consistent largement à souligner leur prise en compte de ces interrogations légitimes, et à répondre sur un registre « technique » permettant de réaffirmer les intérêts du projet :

« [Un chercheur COMPAQH] précise qu'un élément souvent important pour les professionnels est la charge de travail demandée lors des recueils de données. A cet égard, s'il y a bien une charge de travail lorsque l'on participe au projet COMPAQH, l'indicateur est conçu comme un outil léger de fonctionnement, notamment grâce au système du tirage au sort de généralement 60 à 80 dossiers de patients. Par ailleurs, il rappelle que les analyses comparatives peuvent être un stimulant pour les équipes qui essayent de comprendre leur place dans le classement COMPAQH. Enfin, il souligne que si des mesures d'incitation notamment financières peuvent favoriser l'implication des professionnels, souvent la seule valorisation du travail accompli compte, ce qu'appréhende la diffusion publique de ces informations.

[Un acteur de la HAS] souligne qu'il faut adopter une approche qui fasse prendre conscience aux professionnels de leur amélioration. Le classement peut être l'occasion d'une émulation entre les établissements. » (Compte-rendu de réunion plénière COMPAQH, 26 juin 2007)

Cet échange est révélateur d'une certaine proximité entre les représentants des institutions publiques et les chercheurs, qui « font bloc » pour répondre aux questions critiques. Cet exemple montre également que ce travail social d'intégration opéré dans les différents espaces d'échange permet de contenir les tensions avec les professionnels de terrain. En organisant la confrontation des points de vue, ils s'apparentent à des « courtiers » (Nay et Smith, 2002) qui parviennent à stabiliser des indicateurs acceptables par les acteurs institutionnels et professionnels. C'est en effet dans ces différents espaces de mise en débat que « remontent » les difficultés des établissements expérimentateurs en termes de charge de travail, les interrogations concernant les usages institutionnels à venir des IQ expérimentés, ou encore les objections des représentants des fédérations hospitalières concernant certains IQ jugés difficilement acceptables par les professionnels. A travers ces espaces, les chercheurs façonnent leurs connaissances des acteurs hospitaliers et prennent la mesure des IQ qui sont politiquement acceptables. Pour limiter les oppositions, ils tissent des liens avec les représentants des professionnels, experts des sociétés savantes médicales et des fédérations

hospitalières. La recherche du consensus est particulièrement mise en avant dans la plupart des publications des chercheurs : « *la collaboration avec les milieux professionnels [...] aide à développer une dynamique collective plus large rappelant un principe de gestion selon lequel "les outils ne peuvent se construire sans les acteurs". [...] La concertation étroite, notamment avec les sociétés savantes concernées par les thèmes cliniques abordés, [constitue] un fil conducteur de ce projet* » (COMPAQH, 2005, p. 28).

Cette recherche permanente du consensus a des conséquences sur les IQ expérimentés et finalement diffusés : à travers les activités qu'ils déploient en relation avec les autres acteurs hospitaliers, les chercheurs incorporent au cœur des instruments certaines logiques professionnelles et certains aspects de leurs réticences, notamment en matière de mesure de la mortalité. Cela amène les journalistes à l'origine des palmarès hospitaliers à porter un regard critique sur ces chercheurs qui animent les projets institutionnels, dont ils regrettent la frilosité et la prudence.

« On les côtoie, mais ils sont inscrits dans un autre monde ! Il ne faut pas faire de bruit, il ne faut pas être retentissant... [...] Ce qui marchait très bien, dans COMPAQH, c'était de prendre la mortalité rare. [...] Opération des amygdales, t'as un mort tous les ans, au bout de trois ans, tu regardes, 3 morts "qu'est-ce qui s'est passé ?!" [...] Ca a été viré de COMPAQH ! [...] "Gênant". "On va garder des trucs rassurants [...], des trucs bien, mais ce n'est pas le cœur nucléaire du truc ! » (Journaliste au Point, entretien collectif I-44)

S'ils constituent des espaces d'échange et de délibération qui intègrent ces logiques hétérogènes, les projets de recherche n'en sont pas moins organisés par une forme adoucie de hiérarchie. Les chercheurs-experts orchestrent la production d'instruments suffisamment consensuels pour être généralisés par les institutions tout en suscitant des appropriations professionnelles.

Un travail idéologique pour mobiliser les professionnels dans les projets opérationnels

Ce travail politique prend, en deuxième lieu, la forme d'un travail idéologique. Parfois employée « *avec la légèreté d'un rouleau compresseur* » (Neveu, 2011, p. 101), la notion d'idéologie ne doit pas être ici entendue comme un cadre idéologique surplombant qui s'imposerait de manière désincarnée. Ce travail idéologique repose plutôt sur des activités de communication de « cadres cognitifs » (Benford et Snow, 2000; Goffman, 1974), déployées par des chercheurs-experts qui s'attachent à mobiliser les acteurs hospitaliers. Comme dans le cas de la recherche technico-instrumentale, ce travail symbolique fait partie du « *large nombre de véhicules* » utilisés pour « *diffuser leurs instruments et leurs méthodologies* » (Shinn et Ragouet, 2000, p. 460). Par un travail du sens, les chercheurs s'attachent à produire des représentations communes de l'entreprise de déploiement d'indicateurs, à exposer les acteurs hospitaliers aux idées, aux techniques et aux instruments de mesure de la qualité, et à présenter les projets de manière à susciter l'engagement. En cela, ce travail symbolique s'apparente aux activités des « généralistes » de l'action publique (Nay et Smith, 2002). Ici également, l'interstitialité des chercheurs-experts est une ressource. Comme dans le cas de « l'entrepreneur-frontière » (Bergeron et al., 2013), ces derniers peuvent jouer de l'ambiguïté de

leur appartenance multiple aux univers de la profession médicale, de la science et des institutions publiques pour pratiquer une communication « multivocale » (p. 4) adaptée aux différents interlocuteurs. En d'autres termes, ils s'attachent à « aligner » (Snow et al., 1986) la présentation de l'entreprise de rationalisation par les IQ avec les cadres cognitifs des acteurs hospitaliers, de manière à susciter une large mobilisation sociale. Déployé au cours d'une variété d'interactions¹, ce travail idéologique se laisse bien objectiver dans une sélection des nombreuses sources écrites COMPAQH diffusées pour mobiliser un public de médecins et de gestionnaires dont les réticences sont anticipées.

Certains articles cherchent à sensibiliser les médecins à l'évaluation, en s'adressant directement aux professionnels dans leurs revues. Il s'agit alors de « connecter » (Snow et al., 1986, p. 467) les cadres cognitifs des médecins avec les objectifs du projet. Un exemple de ce type de publication est présenté dans l'encadré 20.

Encadré 20. Exemple d'article pour sensibiliser les médecins au projet COMPAQH

Un article intitulé *Les critères de qualité en Médecine*, publié dans la revue *EMC Urologie* (Grenier-Sennelier et Minvielle, 2005) est particulièrement illustratif de cette démarche.

La légitimité du projet est posée dès l'introduction par un encadré énonçant toutes les institutions qui participent ou soutiennent le projet, et les nombreux établissements qui en constituent le panel d'expérimentation. La manière de poser les termes d'un questionnement sur la qualité traduit l'anticipation d'un scepticisme médical : « *parler de critères de qualité en médecine peut apparaître à bien des égards une gageure. Pour tout médecin qui se respecte, ces critères sont ancrés dans la pratique quotidienne. Pour la plupart, cela ne justifie pas que l'on en disserte, la médecine étant un art qui ne s'objective pas. Pour certains, en parler équivaut même à produire un galimatias dont la bureaucratie moderne aurait le secret de fabrication* » (p. 16).

La suite de l'article montre en quoi la situation est en train de changer, inexorablement : « *la définition de critères de qualité comme support de l'évaluation des pratiques apparaît aujourd'hui de plus en plus incontournable* » (Grenier-Sennelier et Minvielle, 2005, p.17), notamment en raison de l'essor d'une demande sociale en ce sens, d'un nouveau contexte législatif (notamment l'enjeu de l'évaluation développée par la HAS), et de la disponibilité d'une « nouvelle technologie » autour de la mesure. L'article tâche de convaincre les médecins qu'ils pourraient avoir quelque chose à gagner dans leur participation à l'impératif de la mesure, en soulevant notamment la question d'une rémunération avantageuse des meilleures prestations « *pour le plus grand bien des patients, mais aussi peut-être des professionnels* » (p. 17).

C'est finalement le grand « pragmatisme » du projet, sa méthodologie rigoureuse, son souci de ne pas jeter l'opprobre sur des cliniciens individuels, son attention à limiter le travail de recueil qui sont mis en exergue dans la conclusion, avant de proposer aux médecins intéressés de « prendre contact avec l'équipe » (Grenier-Sennelier et Minvielle, 2005, p. 20).

D'autres articles présentent le projet auprès des gestionnaires d'établissements (Ginésy et al., 2004; Grenier-Sennelier et al., 2005; Leleu et al., 2011; Logerot et al., 2007; Minvielle, 2005c, 2005d). Ces articles cherchent à connecter les objectifs de COMPAQH avec ceux des directeurs. Ils mettent en avant les « enjeux » et « objectifs » du développement de la mesure de la qualité, en insistant sur les « usages internes » possibles de la mesure par les gestionnaires. Un article résumant la participation du

¹ Les activités d'enseignement et d'encadrement de travaux universitaires de certains de ces chercheurs constituent d'autres espaces de transmission des idées autour de l'évaluation de la qualité en général et des IQ en particulier.

projet à l'élaboration d'IQ du tableau de bord des infections nosocomiales est l'occasion de réaffirmer le principe de la « collaboration » avec les gestionnaires (Minvielle 2005a, p. 27). Dans un autre article publié dans la *Revue hospitalière de France* et intitulé *Le classement des Hôpitaux : jusqu'où faut-il aller* (Minvielle 2005b), l'auteur commence par expliquer les raisons d'émergence des classements, dont une « forte demande de transparence à laquelle seuls les médias répondent » et des « expériences engagées dans d'autres contextes qui peuvent pousser au mimétisme » (p. 35). Il s'agit ensuite de prendre acte du scepticisme des acteurs hospitaliers : « tout acteur hospitalier n'est pas forcément convaincu par ce type de démarche. La comparaison avec autrui n'est pas une approche spontanée parmi les professionnels. » (p. 37). Le projet COMPAQH est alors présenté comme la solution à cette question, permettant de construire de manière « pragmatique » des éléments de comparaison sur la base d'indicateurs « crédibles » au caractère statistique « incontestable », acceptables car construits en « cogestion » avec les gestionnaires hospitaliers, dont la capacité à susciter des formes « d'apprentissage » et « d'appropriation » est capitale (Minvielle 2005b, p. 37-38).

Evidemment, l'audience que rencontrent ces publications est incertaine et difficile à estimer. Toutefois, ce travail idéologique ne se réduit pas à ces seuls écrits. A notre sens, cette communication multivocale contribue à alimenter un « sens commun » autour de l'entreprise de diffusion d'indicateurs comme inexorable auprès des professionnels¹. Les différents chercheurs ne manquent pas de rappeler aux professionnels le « retard » de la France sur les autres pays développés : « les pays les plus avancés ont déjà inséré ces mesures dans des démarches de gestion interne des établissements, de diffusion publique ou encore de régulation financière dans lesquels les professionnels sont largement impliqués » (E. Minvielle, 2005a). S'appuyant sur le contexte anxiogène créé par les palmarès hospitaliers depuis la fin des années 1990, les chercheurs rappellent aux professionnels qu'ils se retrouvent « cernés » par une conjonction de phénomènes.

« La mortalité hospitalière, ça fait peur ! [...] Quand on va parler de taux de complications hospitalières, l'acceptabilité professionnelle va être dure. Il va y avoir une grosse bagarre... Mais on est OBLIGE d'y venir. Aux Etats Unis, entre la publication de To err is human², et les premières publications de tableaux de bord inter-hospitalières, il s'est passé dix ans, quand même, pratiquement ! [...] En France, il va se passer au moins 10 ans... Mais ça viendra. [...] Il n'y a aucun doute. [...] Les politiques le veulent, les financeurs le veulent, les médias et la population le veulent. Donc les professionnels sont cernés. [...] Ils ne pourront pas résister longtemps. Il y aura un jour où chaque hôpital aura sa mortalité à l'accouchement, son taux de complication en post-chirurgie, ses erreurs de côté... Il va bien falloir qu'on les mesure ! » (Entretien avec un chercheur CLARTE)

¹ Notons que ce travail idéologique n'est pas destiné uniquement aux acteurs hospitaliers. Il se fait également en direction des chercheurs en sciences humaines : dans des publications plus récentes à destination du monde académique (Corriol et al, 2008; Leleu et al., 2011), les chercheurs lancent un appel aux disciplines académiques jugées proches des sciences de gestion, qui sont invitées à contribuer à la compréhension des phénomènes liés à l'introduction des IQ.

² Le chercheur fait ici référence au célèbre rapport publié en 1999 par le *Committee on Quality of Health Care in America* pour le compte de l'*Institute of Medicine*, considéré comme un rapport fondateur dans l'émergence des démarches autour de la sécurité des soins aux Etats Unis (Kohn et al., 1999).

En articulation avec la communication déployée par les institutions publiques et d'autres acteurs intermédiaires, les chercheurs-experts contribuent à faire germer dans l'esprit de certains professionnels de santé et gestionnaires d'établissement la conviction qu'il est illusoire de résister à cette dynamique ; que la seule possibilité est de l'influencer de l'intérieur, en veillant à la « scientificité » et à « l'utilité » des mesures pour les professionnels. La double appartenance des chercheurs aux univers de la médecine et de la science est ici très importante.

Cette démarche de réassurance par la « méthode scientifique » est bien visible dans les recommandations formulées à chaque fois qu'un thème potentiellement porteur de conflit avec les acteurs hospitaliers est abordé. Par exemple, dans un article de 2005, les chercheurs du projet COMPAQH considèrent que les doutes légitimes autour de l'usage des indicateurs à des fins de comparaison peuvent être levés par une méthodologie adéquate, étant donnée le caractère inexorable du développement des comparaisons et de l'affichage public : *« le principal enjeu ne semble pas tant la mise en cause du principe d'une comparaison, mais la méthode retenue. Si la méthode a pour objectif, non de classer les établissements comme le font les palmarès de média, mais de permettre à un établissement de se positionner par rapport aux autres, elle peut constituer une aide au pilotage de l'établissement »* (Grenier-Sennelier et al. 2005, p. 29). Le même type d'argument est produit au sujet du développement d'un indicateur composite de prise en charge de l'infarctus du myocarde, présenté comme un « mal nécessaire » en dépit de ses limites (COMPAQH, 2010, p. 8). Ce travail de communication permet d'amortir dans un registre « scientifique » les tensions entre logiques professionnelles et logiques institutionnelles.

Un travail d'acculturation aux techniques de la mesure... et à ses usages

En dernier lieu, le travail politique accompli par les chercheurs-experts prend la forme d'un travail « d'acculturation » des acteurs professionnels, compris ici comme la transmission de croyances, de valeurs, de connaissances et de pratiques. En un mot, et pour reprendre une définition de la culture proposée par C. Geertz (1973), les chercheurs-experts contribuent à tisser une « toile de significations » commune autour de la mesure de la qualité. D'autres auteurs ont analysé comment, avec la diffusion des instruments et de leurs « protocoles d'emploi », *« les usagers importent des concepts de travail, des idées sur les raisons qui font que cet instrument est efficace et des idées sur son domaine de pertinence ; ils importent aussi des vocabulaires, des images et des systèmes d'inscription »* (Shinn et Ragouet, 2000, p. 467). Evidemment, ce travail d'acculturation n'est pas unilatéral : les acteurs hospitaliers qui se mobilisent autour de l'évaluation de la qualité sont tout sauf passifs dans les apprentissages qu'ils opèrent¹. Le point important ici est que les chercheurs sont,

¹ La suite de cette recherche rendra justice aux différentes modalités d'engagement des professionnels de l'hôpital et de leurs représentants.

parmi d'autres acteurs de la nébuleuse autour des IQ, des opérateurs très actifs de ces apprentissages, qui ne sont pas simplement « *une affaire de rhétorique [...], mais aussi et en grande partie une affaire de démonstration et de pratiques concrètes* » (Shinn et Ragouet, 2000, p. 468).

Ce travail pédagogique est déployé au long cours, lors des réunions organisées par les projets et lors des restitutions régulières des résultats de la mesure auprès des établissements expérimentateurs. Il est d'ailleurs explicitement revendiqué par les chercheurs COMPAQH, qui pointent l'intérêt du projet en matière « *d'acculturation aux méthodes de mesure et de classement au sein des établissements de santé* » et soulignent que « *de nombreuses démarches hospitalières ont repris les critères [du projet]* » (COMPAQ-HPST, 2010, p. 26). Chacun des projets de recherche s'appuie sur un groupe d'établissements volontaires pour participer à l'élaboration des IQ. Pris ensemble, ces « panels » sont loin d'être négligeables : ils mobilisent des professionnels au sein de 300 à 400 établissements de santé sur les 2710 qui couvrent le territoire français en 2012¹. L'expérimentation des IQ permet aux projets de nouer des relations avec les fédérations hospitalières et les sociétés savantes, qui servent souvent de relais pour mobiliser les établissements et les inciter à se porter volontaires. Chacun des établissements est représenté par des professionnels « de terrain », qui mènent l'expérimentation dans leurs hôpitaux ou leurs cliniques. A travers leur participation à ces expérimentations, ces professionnels s'exposent aux techniques et aux méthodes d'élaboration d'IQ avant-même que ceux-ci ne soient généralisés à l'échelle nationale. Cela permet non seulement de limiter la contestation possible des IQ produits, mais aussi de sensibiliser ces acteurs aux raisonnements métrologiques et aux usages de la mesure, dans un cadre « expérimental » qui n'est pas celui de la généralisation contraignante. Les réunions méthodologiques constituent un important espace de « veille » pour nombre de responsables qualité, de directeurs, de médecins actifs sur la qualité, qui relaient à leur tour les dispositifs et leurs logiques auprès de leurs collègues. Les cahiers des charges établis lors du travail métrologique sont par ailleurs mis en ligne et peuvent être consultés par les gestionnaires de la qualité de tous les établissements français. L'expérimentation de la « faisabilité » de chaque IQ permet d'expérimenter la collecte des données *in vivo*, de « prendre le pouls » des professionnels, mais aussi de les « accompagner » dans leur appropriation des techniques et des logiques de la mesure. Au cours des échanges qui ont lieu à l'occasion de la restitution des résultats aux établissements expérimentateurs, les chercheurs apprennent aux professionnels comment les analyser et les interpréter.

Cette acculturation à travers les activités métrologiques est bien révélée par l'exemple de l'une des études organisée par un des chercheurs CLARTE. Il s'agit d'expérimenter la mesure des « taux d'hémorragie grave de la délivrance » à partir des informations contenues dans les bases de données

¹ COMPAQH s'appuie sur un « groupe-projet » d'une cinquantaine d'établissements de tous statuts, complété d'un panel de 50 à 70 « établissements associés » participant de manière moins régulière aux expérimentations. En 2013, le site Internet COMPAQ-HPST liste une centaine d'établissements dans le « panel » du projet. Le projet CLARTE affiche quant à lui sur son site internet la participation de 208 établissements aux expérimentations d'IQ. Le nombre de 2710 établissements provient du panorama des établissements de santé de la DREES (édition 2012).

médico-administratives (PMSI) dans une centaine de maternités françaises, dans le cadre de la mise au point d'indicateurs de « sécurité des patients » (PSI). La mesure comparative opérée par les chercheurs a révélé une grande variabilité des résultats des différents établissements. L'indicateur a permis de découvrir les établissements « déviants » qui ont visiblement un problème de prise en charge, jusqu'ici ignoré par les praticiens concernés. La « révélation » du taux par les chercheurs a été une expérience choquante pour les professionnels de l'une de ces maternités.

« Dans la région, il y avait deux maternités qui posaient de gros problèmes. Et le pire, c'est que c'était très très inattendu. [...] Quand on a dit à cette maternité qui était à 5% que la moyenne c'était 1%, donc qu'elle était à cinq fois la moyenne, et que la moyenne des pays nordiques c'était 0,5%, et que notre cible ça devrait être entre 0,3 et 0,5%... Là, effectivement, il y a eu une amélioration spectaculaire, et extrêmement rapide. Ils sont passés de 5 à 3,9, à 0,9, et là aujourd'hui ils sont à 0,17. » (Entretien avec un chercheur CLARTE)

L'indicateur, dans la perspective épidémiologique qui est celle de cette étude, est là avant tout pour servir de « signal cognitif » permettant de porter à la connaissance des praticiens l'existence d'un problème éventuellement peu ou pas visible. Le chiffre en lui-même ne suffit pas à permettre l'amélioration, mais est à l'origine d'une réflexion, d'une recherche de causes à laquelle participent activement les chercheurs : il faut enquêter pour saisir le problème de manière à pouvoir le corriger.

« Dans cette maternité, il y avait un problème de pratiques par les sages-femmes, de la "délivrance dirigée". Progressivement, les sages-femmes ne faisaient plus cette chose qu'il faut faire pendant l'accouchement. [...] Le chef de service était en fin de carrière... Elles avaient considéré qu'il fallait laisser faire la nature ! Accouchement physiologique, dans une approche très à la mode ! [...] Le chiffre en lui-même, tout seul, ne suffit pas, il faut le chiffre, l'intervalle de confiance, c'est-à-dire l'écart qu'on autorise au chiffre, plus la perception par l'équipe qu'il y a un problème, et les actions. » (Entretien avec un chercheur CLARTE)

Des acculturations de ce type sont loin d'être neutres : elles constituent aussi des occasions de se familiariser au principe-même de la mesure à des fins de comparaison, d'affichage public ou d'usages professionnels internes. Le travail métrologique transmet des connaissances et des techniques qui véhiculent une charge normative. En se mobilisant dans les différentes expérimentations d'IQ organisées par les chercheurs, de nombreux acteurs hospitaliers opèrent des apprentissages de cette nature. En s'équipant pour mieux faire face aux IQ sur lesquels ils seront probablement jugés par la suite, les professionnels se mobilisent dans l'évaluation de leurs activités.

La construction de l'acceptabilité des IQ suppose un travail politique minutieux, déployé dans l'action par des chercheurs qui sont aussi passés « experts » en ce domaine, et qui joignent leurs voix et leurs compétences à celle d'autres acteurs qui portent l'entreprise de rationalisation par les IQ. Décrire ce travail politique ne revient pas à postuler sa pleine efficacité : les acteurs professionnels qui en sont la « cible » sont évidemment loin d'être tous engagés au même degré dans l'évaluation de la qualité. La suite montrera qu'il a, malgré tout, une certaine portée.

« Ce type de recherche se situe sur le double registre de la production académique [...] et de la production de résultats tangibles pour les administrations publiques qui soutiennent financièrement le projet. »

Rapport annuel COMPAQH 2005 (2006b, p.4-5)

Les activités par lesquelles les chercheurs construisent la « validité » des IQ renvoient d’abord à un travail d’ordre « métrologique », qui vise à doter les indicateurs de formes « d’objectivité » absolue et procédurale. Ce travail métrologique, dans ses différentes dimensions, dote les IQ d’Etat d’une légitimité « scientifique » qui fait défaut aux mesures des palmarès hospitaliers. La construction de la validité suppose le déploiement concomitant d’un travail d’ordre plus « politique » : les experts doivent être capables de construire une forme de consensus dans le secteur hospitalier autour des IQ et de leurs usages. Ces activités ressemblent à celles des consultants missionnés pour mettre en œuvre les programmes de performance étudiés par N. Belorgey (2010) : cherchant à mobiliser les acteurs hospitaliers aussi bien par la séduction que par une forme de contrainte normative douce, ils opèrent bien une forme de « latéralisation », en mettant des formes d’organisation, de délibération et de transparence horizontales au service d’une démarche institutionnelle verticale. Si les dispositifs de quantification se diffusent par l’attrait et l’anxiété qu’ils sont capables de susciter (Sauder et Espeland, 2009, p. 74-78), ces caractéristiques ne proviennent pas uniquement des formes techniques de la quantification : elles sont également construites activement et collectivement par le travail de ces acteurs interstitiels. Travail métrologique de l’instrument, travail social d’intégration et travail politique sont intimement liés dans le travail des chercheurs-experts, qui doivent articuler ces dimensions en permanence.

Conclusion : le travail métrologique comme mode d'intégration

« C'est EVIDENT que ça se déploie ! Maintenant, quand on parle de ce qu'on fait... Il y a une attention, une ouverture beaucoup plus importante qu'avant. Qui, parfois, est polie. Ou alors, qui est carrément proactive. Avant, elle était malpolie. C'est sûr que les professionnels évoluent. »

Entretien avec un chercheur CLARTE

En étudiant le positionnement et les activités des chercheurs-experts qui contribuent à l'élaboration des IQ, ce chapitre a décrit un travail particulier, déployé à l'interstice de la médecine, de la science et de l'Etat, permettant de doter les indicateurs d'une forme de « validité » intimement liée à leurs caractéristiques métrologiques et à leur acceptabilité sociale. Les activités de ces chercheurs-experts sont cruciales dans la légitimation et le déploiement des IQ d'Etat.

Ces résultats permettent de souligner à quel point les instruments, pour acquérir une véritable « robustesse », ont besoin de la participation d'un vaste ensemble d'acteurs différenciés. L'élaboration des instruments n'est pas « colonisée » par une frange de professionnels autonomes qui seraient en mesure de vider les IQ d'Etat de toute substance. Elle n'est pas davantage l'œuvre de régulateurs qui déploieraient des instruments de rationalisation élaborés sans aucune participation professionnelle. Tout l'art de la fabrique de la validité des IQ repose sur la collaboration en tension de ces acteurs, dont l'agencement est orchestré par les chercheurs-experts interstitiels, engagés au long cours, garants essentiels de la continuité de la démarche en dépit des circulations rapides des acteurs institutionnels.

Ces experts se distinguent de la figure de « l'entrepreneur-frontière » (Bergeron et al., 2013) sur un point crucial. Alors que ce dernier tire avant tout son pouvoir de sa capacité à conserver l'intégrité de la frontière entre les différents univers, qui restent clos, les chercheurs étudiés ici participent à un rapprochement entre monde institutionnel et monde professionnel, à travers une démarche « concrétisée » dans les objets tangibles que sont les IQ. L'élaboration métrologique des IQ est loin d'être neutre pour les relations entre les professionnels et les régulateurs. Au cours du travail métrologique, les chercheurs-experts intègrent à l'intérieur-même des instruments des logiques partiellement antagonistes d'usages professionnels et d'usages institutionnels. Au fil des activités métrologiques, ils « travaillent » les acteurs hospitaliers auxquels sont destinés ces IQ, pour les mobiliser, les sensibiliser, les convaincre ou les persuader de l'intérêt de leur faire une place dans leurs pratiques et dans leurs organisations. Ici encore, l'analogie est frappante avec la dynamique introduite par la recherche technico-instrumentale : « l'un des impacts de l'instrumentation générique est d'accroître la cohésion sociale et intellectuelle. Dans la mesure où la recherche technico-instrumentale engendre une forme d'universalité pratique, l'instrumentation générique agit comme un antidote aux effets des forces centrifuges » (Shinn et Ragouet, 2000, p. 467), comme une « force de mise en convergence » (p. 468). En d'autres termes, la dynamique d'intégration institutionnelle des professionnels de santé n'est pas seulement induite par l'usage des indicateurs de gestion à des fins de

« contrôle externe » (Benamouzig et Pierru, 2011, p. 331) : elle est aussi secrétée *au cours du travail d'élaboration instrumentale*. En effet, si ce processus d'ensemble déborde la seule dynamique induite par les instruments d'évaluation de la qualité, celle-ci lui contribue très directement : d'abord, parce que le travail métrologique est une modalité d'intégration des logiques professionnelles dans les instruments généralisés ; ensuite, parce qu'il est également une modalité de construction de l'acceptation professionnelle des logiques institutionnelles véhiculées par les instruments.

Les univers sociaux dont les chercheurs-experts organisent la coopération ne constituant pas un espace social plat et indifférencié, cette dynamique d'intégration est loin d'être horizontale. Elle est opérée dans des instruments d'Etat, ouverts sur des usages normatifs, déployés avec un caractère contraignant en dépit d'une indéniable « coloration » professionnelle. Les chercheurs-experts déploient bien un « pouvoir » multiforme à travers la construction de la « validité » (Porter, 1996, p. 33). L'intégration à dominante verticale qu'ils opèrent distingue fortement leurs activités de celles des scientifiques qui participent aux « forums hybrides » (Callon et al., 2001), au sein desquels l'expert ne constitue finalement qu'un protagoniste parmi d'autres. Cette intégration verticale se déploie toutefois sous une forme originale : ces chercheurs mettent des formes d'horizontalité (consultation, débat, réflexivité, construction du consensus) au service de la légitimation et de la diffusion des IQ d'Etat. Les chercheurs-experts participent ainsi activement à construire la « douceur » de l'entreprise de rationalisation par les IQ : les mesures doivent d'autant plus apparaître incontestables et appropriables par les professionnels que la démarche est institutionnelle et contraignante. Si cette expertise métrologique n'est réductible à aucun des modèles « décisionniste », « technocratique », ou « pragmatique » (Habermas, 1973), elle conduit à relativiser le passage des deux premières formes à la dernière : ni le caractère hiérarchique du pouvoir d'Etat, ni l'emprise des « experts » ne disparaissent dans ces projets de « recherche opérationnelle » pourtant collectifs et pluralistes. Il serait intéressant de saisir par une comparaison avec d'autres cas empirique dans quelle mesure ce caractère intégrateur du travail d'élaboration des instruments constitue une spécificité des IQ déployés à l'hôpital ou un ressort plus général du déploiement de la quantification comme modalité d'élaboration de compromis pour porter le changement social en douceur dans des contextes professionnels potentiellement conflictuels. Forger des instruments « validés » peut alors constituer une manière de mettre dans un même mouvement des univers sociaux différenciés, en dépassant certains antagonismes.

Les chercheurs-experts sont loin d'avoir le monopole des activités qui participent à cette intégration institutionnelle des professionnels de santé autour des instruments. S'ils l'instillent d'une manière spécifique, fortement articulée aux activités de métrologie, c'est en interaction étroite avec les institutions publiques, les professionnels « de terrain » et les autres acteurs intermédiaires de la nébuleuse étudiés dans les deux chapitres suivants.

Chapitre 5. Construire « l'acceptabilité » des indicateurs

Le travail de négociation des représentants des professionnels

« On est un peu "sur le fil du rasoir" : on est promoteur, on est précurseur, donc on aide les tutelles. Et en même temps, on protège nos établissements. [...] On est un peu un pare-feu, un médiateur, un filtre. »

Acteur en charge de la qualité au sein de l'une des fédérations hospitalières

Comment « l'acceptabilité » sociale des IQ d'Etat est-elle construite ? Pour bien le comprendre, il faut saisir comment se positionnent les principaux acteurs chargés de porter les intérêts professionnels auprès des institutions. Ce chapitre poursuit l'analyse de la nébuleuse qui agit autour des IQ en prenant pour objet le travail de négociation accompli par certains acteurs des fédérations patronales hospitalières et des sociétés savantes médicales, déployé dans l'interaction avec les chercheurs-experts, les institutions publiques et les acteurs hospitaliers.

Les différents travaux qui s'intéressent à ce type d'acteurs dessinent trois « figures » différentes des intermédiaires chargés de représenter les professionnels. En premier lieu, les auteurs qui étudient leur positionnement par rapport aux réformes institutionnelles les décrivent comme des acteurs capables de se mobiliser plutôt efficacement pour défendre les intérêts des professionnels, souvent en opposition par rapport aux réformes de l'Assurance maladie ou de l'organisation hospitalière (Hassenteufel, 1997; Pierru, 2007). Ils dessinent la figure de représentants « résistants » face à des acteurs étatiques cherchant à réduire l'autonomie de la profession médicale. En deuxième lieu, les travaux focalisés sur l'institutionnalisation progressive de l'évaluation (Castel et Friedberg, 2010; Castel, 2002; Pierru, 1999; Robelet, 1999, 2001, 2002) soulignent la capacité de certains représentants de la profession médicale (fédérations hospitalières, sociétés savantes, collèges de disciplines, mais aussi « personnalités expertes ») à se positionner « en amont » des évolutions institutionnelles, à se les approprier avant même qu'elles ne donnent lieu à des obligations réglementaires ou à les concurrencer. Ces travaux dessinent plutôt la figure de représentants « stratèges » dans certaines spécialités, capables d'influer sur les grandes dynamiques du secteur sanitaire de manière discrète mais structurante, permettant de « négocier » les instruments de manière à ce qu'ils préservent l'autonomie professionnelle au niveau collectif (Freidson, 1973 [1984]). En dernier lieu, certains travaux saisissent plutôt les organismes de représentation comme des espaces intermédiaires d'échange politique (Robelet, 1999), dans lesquels circulent des acteurs, des savoirs, et des conceptions nouvelles et hybrides de la régulation de la médecine (Genieys, 2005; Hassenteufel et Genieys, 2001). En insistant sur la porosité et la circulation entre logiques médicales et institutionnelles, ils dessinent la figure de représentants par l'action desquels se forment des « compromis institutionnels » (Robelet, 2002) qui ne se résument plus strictement à la défense de l'autonomie professionnelle. Ils esquissent une reconfiguration des rapports entre médecins et

institutions de régulation, prenant la forme d'une intégration croissante des professionnels à l'intérieur du système institutionnel (Benamouzig et Pierru, 2011).

Qu'en est-il dans le cas des négociations opérées autour de la construction et de la généralisation des IQ d'Etat ? Dans quelle mesure les différents représentants des professionnels résistent-ils, se positionnent-ils stratégiquement, ou s'intègrent-ils à une dynamique institutionnelle sur laquelle ils n'exercent plus un contrôle exclusif ? Après avoir établi l'engagement croissant des représentants des professionnels dans la dynamique d'évaluation de la qualité (1), nous analyserons les activités par lesquelles ils se font les artisans de « l'acceptabilité » sociale des IQ d'Etat (2). Ce chapitre apportera un deuxième élément de réponse à la question centrale de cette partie de la thèse. Comment les IQ sont-ils légitimés et déployés par les intermédiaires entre institutions et professionnels ? Nous soutiendrons qu'autour des indicateurs, les fédérations et les sociétés savantes réalisent un travail de construction du compromis institutionnel permettant de prévenir l'émergence de conflits avec les professionnels. Les activités de négociation peuvent ainsi être qualifiées comme un deuxième mode d'intégration des professionnels au sein de la régulation institutionnelle.

1. L'engagement croissant des représentants des acteurs hospitaliers

A des rythmes et selon des logiques variées mais très largement convergentes, les principales fédérations hospitalières et sociétés savantes d'anesthésie-réanimation se sont engagées de manière croissante dans la dynamique d'évaluation de la qualité.

1) Les fédérations : un engagement inégal mais convergent

En France, quatre fédérations hospitalières représentent officiellement les directions des établissements de santé, selon leurs statuts : la « Fédération hospitalière de France » (FHF) pour les établissements publics ; la « Fédération de l'hospitalisation Privée » (FHP) pour les établissements privés lucratifs ; la « Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne » (FEHAP) pour le secteur privé non lucratif ; la Fédération française des Centres de lutte contre le cancer (FFCLCC) pour les 20 Centres régionaux du même nom. Ces fédérations jouent un rôle clé dans l'action publique sanitaire : omniprésentes dans les rapports administratifs, systématiquement consultées par les pouvoirs publics dans le cadre des réformes hospitalières (Pierru, 2007), prenant régulièrement position sur les décisions réglementaires et tarifaires, les fédérations constituent des espaces essentiels de circulation des savoirs et des acteurs de la régulation sanitaire (Genieys, 2005; Hassenteufel et Genieys, 2001). Parmi ces quatre fédérations, deux se sont engagées de manière précoce et stratégique dans la mesure de la qualité ; les deux autres « suivi » plus récemment le mouvement, pour se conformer à une dynamique à la légitimité perçue comme croissante. Prises dans

des relations de compétition, toutes mobilisent les IQ d'Etat pour communiquer à la fin des années 2000.

La qualité comme stratégie : la FFCLCC et la FHP

La FHP et la FFCLCC partagent une position d'organisations « pionnières », qui se sont saisies de l'évaluation de la qualité de manière stratégique pour « peser » face aux autres types d'établissements avec lesquels leurs adhérents sont en compétition. Toutes deux ont formalisé un organe interne dédié à l'évaluation de la qualité.

C'est pour faire « jeu égal avec le public » que la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) s'est engagée dans l'évaluation de la qualité. Les deux premiers chapitres de la thèse ont souligné le rôle pionnier des syndicats du privé dans l'essor des premières réflexions sur la mesure de la qualité dès la fin des années 1990, dans un contexte marqué par le déploiement de la procédure d'accréditation. L'hospitalisation privée a alors cherché à anticiper l'institutionnalisation de la qualité en France, afin que les cliniques obtiennent de meilleurs résultats que les hôpitaux à la certification, puissent communiquer fortement sur le sujet et soient reconnues par le grand public et l'administration comme ayant « un coup d'avance ». Dès 2002, l'hospitalisation privée a créé une entité dédiée à la mise en œuvre de cette stratégie, qui a pris le nom de « bureau d'assurance qualité et de l'information médico-économique de l'hospitalisation privée » (BAQIMEHP¹).

« Il y avait une vision service public, et puis il y avait une démarche plus stratégique, "on est dans une logique de concurrence par rapport à l'hôpital public, un thème c'est la concurrence sur la qualité, donc il faut qu'on soit meilleur". [...] [Ca conduit à] cette ingénierie, un investissement très précoce dans ces domaines. » (Entretien avec un acteur de la FHP)

Chargé de développer une politique d'évaluation à l'échelle du secteur privé, le bureau assume à la fois un rôle de représentation des intérêts des établissements privés auprès des institutions publiques et un rôle d'accompagnement méthodologique, à travers des activités de « conseil » qui sont facturées aux cliniques adhérentes : production et diffusion d'outils méthodologiques, animation de formations, assistance à l'évaluation, etc. Depuis plus d'une décennie, ces activités ont permis au BAQIMEHP de se construire une certaine légitimité auprès des établissements de santé privés et des institutions publiques, qui repose à la fois sur une bonne connaissance des outils d'évaluation et sur une certaine familiarité avec le fonctionnement des établissements de santé privés. Très visible entre la fin des années 1990 et le milieu des années 2000, ce positionnement stratégique semble toutefois passer au second plan des enjeux de la fédération depuis la fin des années 2000, lorsque les enjeux tarifaires et les négociations budgétaires prennent le pas sur cette démarche innovante en rapport avec la qualité².

¹ Le profil du BAQIMEHP est proposé dans l'annexe 7 consacrée à la nébuleuse autour des IQ.

² Le passage du financement des établissements à 100% de tarification à l'activité, à partir de 2003, a beaucoup mobilisé les fédérations hospitalières. La FHP n'a cessé, depuis le milieu des années 2000, de militer activement pour une réévaluation des tarifs de l'hospitalisation privée et une convergence avec les tarifs de l'hospitalisation publique.

Pour autant, les IQ d'Etat constituent toujours une composante importante des activités du BAQIMEHP.

Pour la Fédération française des Centres de lutte contre le cancer (FCLCC¹), la qualité est essentiellement un moyen d'être visible, d'exister et de peser face aux trois autres établissements. En effet, les 20 Centres régionaux de lutte contre le cancer (CRLCC²) sont singuliers dans le paysage hospitalier : organisés autour d'un modèle de prise charge « globale » et « multidisciplinaire », ils revendiquent de coordonner dans une même organisation des spécialistes de la prévention, de la recherche, de l'enseignement et du traitement clinique du cancer. Dès le début des années 1990, la fédération des Centres a initié un ambitieux programme d'amélioration de la qualité des soins, afin de « justifier l'existence » de ses Centres dans le contexte de controverses sur leur utilité (Castel et Merle, 2002; Robelet, 2001). Elle s'est très tôt saisie de l'innovation dans la recherche pour se positionner comme un « précurseur » et mettre en avant l'originalité et la réussite du « modèle » des Centres, en créant un département « standards, options, recommandations » très actif dans l'élaboration de *guidelines*³. C'est dans la continuité de cette stratégie qu'a été créé en 2005 un petit « département » spécialisé sur la qualité et les indicateurs⁴. Pour les dirigeants de la fédération, il s'agit alors de positionner les Centres à l'avant-garde de la dynamique institutionnelle en train de prendre forme à l'échelle nationale.

« On essaye d'être un peu la "tête de pont" de la mesure de la qualité en cancérologie. [...] Il y a toujours eu un projet phare. Aujourd'hui, c'est la qualité et les indicateurs. » (Responsable du département « qualité-indicateurs » de la FFCLCC, entretien I-30)

Pour mettre en œuvre cette stratégie, le département se dote entre 2005 et 2012 de l'une des principales « expertes » sur le sujet : Catherine Grenier, qui après avoir réalisé son internat de santé publique au sein du groupe IMAGE de l'ENSP, s'est investie dans le projet de construction du « guide rouge » des IQ sous l'égide de l'UHP, puis a participé à la première phase du projet COMPAQH. Non sans lien avec ce recrutement, les « indicateurs » sont placés au centre des activités du département. Entre 2005 et 2007, il a accompagné les Centres dans le développement des IQ d'Etat en cours d'élaboration par le projet COMPAQH. A partir de 2006, un travail a été amorcé avec l'équipe d'Etienne Minvielle autour d'IQ spécifiques à la cancérologie (COMPAQH-Cancérologie). Le

¹ Créée en 1964, la FNCLCC est une association loi 1901 sans but lucratif regroupée en organisation patronale. La Fédération a été renommée FFCLCC (Fédération française des centres de lutte contre le cancer) en 2010. Elle a pour mission de « défendre les intérêts » des Centres auprès des institutions publiques et de développer des projets de « mutualisation » pour améliorer continuellement la prise en charge du cancer et faire progresser les connaissances scientifiques.

² Créés en 1945, les CRLCC présentent des caractéristiques originales : établissements de santé privés à but non lucratif, participant au service public hospitalier et dotés d'un statut hospitalo-universitaire, ils sont financés par l'assurance maladie et contrôlés par le ministère de la Santé, tout comme les hôpitaux publics.

³ Composée de spécialités médicales fortement protocolisées (Castel et Robelet, 2009; Timmermans et Berg, 2003), la cancérologie s'est depuis longtemps placée à l'avant-garde de l'évaluation médicale.

⁴ Le profil de ce département « qualité-indicateurs » à la FFCLCC est présenté dans l'annexe 7 consacrée à la nébuleuse autour des IQ.

département a également développé ses propres IQ : indicateur de « satisfaction des patients » spécifique aux 20 Centres (régulièrement mesuré depuis 2005) ; travail sur « la qualité en radiothérapie » (avec des indicateurs spécifiques, comme le « taux de patientes atteintes d'un cancer du sein incluses dans un essai clinique ») ; ou encore développement d'indicateurs de « valorisation de la recherche scientifique ». Il a aussi développé des outils méthodologiques permettant d'harmoniser la mesure dans les 20 Centres et de comparer leurs résultats. La fédération fait un usage stratégique des IQ pour « mettre en lumière » ses Centres, en concurrence avec de nombreuses autres structures hospitalières.

« "Petits, mais costauds" ! Comme on est tout petit, on est obligé d'avoir des actions phares pour être visible. [...] Aujourd'hui, l'environnement est à risque... [...] Le privé lucratif se positionne sur la cancérologie, parce que c'est une pathologie lucrative, innovante, valorisante... Et aussi bien les CHU... [...] Aux Centres on leur dit "cette stratégie, c'est votre bouclier pour dire au grand frère le CHU que vous existez sans lui"... » (Responsable du département « qualité-indicateurs » de la FFCLCC, entretien I-30)

Il s'agit de faire de la « faiblesse » potentielle du nombre restreint de Centres une « force », en profitant de la facilité d'un travail en petit comité pour élaborer des indicateurs plus ambitieux que ceux de l'Etat. Ce travail d'anticipation permet aux Centres d'avoir de bons résultats aux différents IQ internes et externes.

Ce sont des stratégies concurrentielles très similaires qui marquent l'engagement précoce de la FHP et de la FFCLCC dans l'évaluation de la qualité. La FCLCC s'est toutefois dotée d'une expertise davantage spécialisée dans les IQ que la FHP. Dès lors que ces deux fédérations se positionnent comme des pionniers de la qualité, il devient délicat pour les autres de rester passives.

La qualité comme conformation : la FHF et la FEHAP

La FHF et la FEHAP sont plutôt dans une position de « conformation » par rapport à un enjeu à la légitimité institutionnelle montante. Elles se sont saisies de l'évaluation de la qualité plus tardivement et de manière moins formalisée.

La démarche de la Fédération hospitalière de France (FHF¹) est encore embryonnaire à la fin des années 2000. Cette organisation n'a pas d'organe spécialement consacré au thème de la qualité et de sa mesure, qui est géré par chaque secteur de manière autonome. Ce sujet est pourtant perçu comme un enjeu « montant » dont il s'agit de se saisir dans un avenir proche. La gêne ressentie par les deux responsables rencontrés est révélatrice de leur perception d'une véritable « injonction » à la qualité de

¹ La FHF, créée en 1924, est une fédération hospitalière ancienne et imposante, puisqu'elle représente près de 1000 établissements sanitaires (l'ensemble des hôpitaux publics) et 1000 établissements médico-sociaux (essentiellement des maisons de retraite et des maisons d'accueil spécialisées). La FHF se charge de promouvoir les établissements publics et de les représenter auprès des pouvoirs publics en menant un travail de lobbying. Elle est aussi dotée d'une mission d'information et de conseil des professionnels qui travaillent dans les établissements publics, dans les domaines des ressources humaines, des finances, de la responsabilité juridique et de l'organisation.

la part de leur environnement institutionnel. Les deux acteurs se disent « submergés de sollicitations dans le domaine de la qualité », provenant tout autant des pouvoirs publics que de la presse ou des usagers. Ces acteurs se considèrent comme « en retard » par rapport à la prise en compte d'un thème « dans l'air du temps », fortement affiché de toutes parts, et qui a acquis une grande légitimité institutionnelle dans le secteur sanitaire.

« Je me souviens d'un temps antédiluvien où la fédération donnait consigne aux établissements de ne pas répondre aux questionnaires portant sur les indicateurs [des palmarès] [...] On était dans une belle unanimité pour dire "on ne répond pas". Evidemment, la culture a évolué dans ces domaines-là, les établissements ont mûri par rapport au travail sur la qualité [...] [avec] la vague des certifications... [...] une série de grandes crises sanitaires, les infections nosocomiales... [...] Au rythme où vont les choses, on sent bien que les sujets qualité gestion des risques sont de plus en plus structurants, contraignants, emblématiques, faciles à percevoir par le grand public. » (Responsable de la FHF, entretien collectif I-28)

Pour les deux acteurs rencontrés, la FHF doit s'adapter à cette évolution, largement portée par d'autres acteurs : les institutions publiques, les autres fédérations hospitalières, et ses propres établissements. Il devient nécessaire de faire évoluer ses positions au sujet de la « transparence » des activités hospitalières, pour qu'elles soient davantage en phase avec l'ensemble de ces acteurs. Dans ces conditions, le rôle de la FHF ne peut pas être de « faire à la place » de ses différentes composantes, mais de « fédérer les initiatives » existantes, c'est-à-dire de coordonner et d'animer les réflexions provenant des directeurs ou des médecins du public. Comme cette réflexion pour faire émerger un travail sur la qualité est particulièrement complexe, en raison du dimensionnement de la fédération et de l'absence d'expertise métrologique en interne, les deux acteurs de la FHF cherchent à avancer pas à pas, à travers la création d'un « groupe transversal » permettant de ne pas se mettre en porte-à-faux vis-à-vis des professionnels. Malgré cette prudence, les lignes ont toutefois bien évolué : la FHF a décidé de commencer à communiquer sur la démarche de « transparence » de ses établissements.

« Il a été convenu par les instances qu'il valait mieux que nous accompagnions nous-mêmes le mouvement plutôt que de nous le faire appliquer. » (Responsable de la FHF, entretien collectif I-28)

A la fin des années 2000, l'engagement dans la qualité de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP) est circonscrit à la représentation de ses établissements sanitaires au profil hybride¹. Si les établissements représentés ne sont pas des établissements de droit public, ils sont très ancrés dans des missions de service public qui les rapprochent davantage des enjeux du secteur public que du secteur privé lucratif : la FEHAP s'est d'ailleurs beaucoup battue pour que cette spécificité des établissements « privés participant au service

¹ Créée en 1936, la FEHAP représente environ 3600 établissements et services sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Le statut particulier d' « établissement privé à but non lucratif » s'applique en effet à un vaste ensemble de structures souvent issues du tiers secteur. Si les secteurs médico-social et social comptent pour une part importante de cette « grande » fédération, le domaine « sanitaire » a joué un rôle important dans son émergence et reste loin d'être marginal (650 établissements sur les 3600 représentés). La fédération se donne pour mission de « défendre les intérêts et les valeurs du secteur privé non lucratif », de « conseiller ses adhérents », de les « former », de les « informer », et « d'innover » dans le but de « promouvoir le secteur privé non lucratif » (source : site internet de la FEHAP, consulté le 10/10/2013).

public hospitalier » (PSPH) soit reconduite dans la loi HPST de 2009, et a obtenu gain de cause à travers une nouvelle appellation d'« établissement de santé privé d'intérêt collectif » (ESPIC). L'un des enjeux de la fédération en ce qui concerne le secteur sanitaire est d'« être visible » à côté du privé et du public, en communiquant sur les valeurs et le modèle particuliers de « l'engagement non lucratif » qui fait son identité. C'est à la lumière de cet enjeu que s'est organisé le travail sur l'évaluation de la qualité, dont est officiellement chargé un « conseiller médical » à l'intérieur du pôle « Santé - Social ». La qualité ne constitue cependant que l'une des trois facettes « transversales » de son travail, largement accaparé par les enjeux de tarification et d'autorisations d'activité. Médecin de santé publique de formation, ce conseiller se dit d'autant plus « sensibilisé » à la qualité qu'il a été expert-visiteur pour la HAS, dont il est le correspondant à l'intérieur de la fédération. Comme il l'explique, sa mission ne consiste pas à jouer le rôle d'un « siège » qui « donnerait des recettes » à ses milliers d'établissements, mais bien à exercer une double fonction d'information aux adhérents et de négociation auprès des pouvoirs publics.

C'est un investissement plus embryonnaire dans une démarche institutionnelle à la légitimité croissante qui caractérise l'engagement de la FHF et de la FEHAP. A des rythmes différents, les quatre fédérations se sont engagées dans le grand « mouvement » de la transparence.

La convergence des fédérations dans l'usage des IQ à des fins de communication

Au-delà des différences de degré dans leur engagement dans la qualité, toutes convergent à la fin des années 2000 dans un usage des instruments d'évaluation pour communiquer. Chacune des fédérations s'approprie à sa manière le langage polysémique de la qualité, pour mettre en avant la « qualité des prises en charge en cancérologie » (FCLCC), la « performance du privé » (FHP), les « valeurs du service public » (FHF) ou encore la « tradition humaniste du privé non lucratif » (FEHAP). Les « experts » en charge de la qualité à l'intérieur des différentes fédérations mettent en avant les « meilleurs résultats » des établissements par des communiqués de presse, des interventions dans les médias spécialisés, la diffusion de plaquettes de communication en direction des acteurs institutionnels ou la réalisation de sites internet à destination des usagers.

*« Je travaille beaucoup sur la construction du discours, les éléments de langage, c'est mon boulot. [...] Mon enjeu c'est de faire du "buzz" au niveau de la qualité, des indicateurs. »
(Responsable du département « qualité-indicateurs », FFCLCC, entretien I-30)*

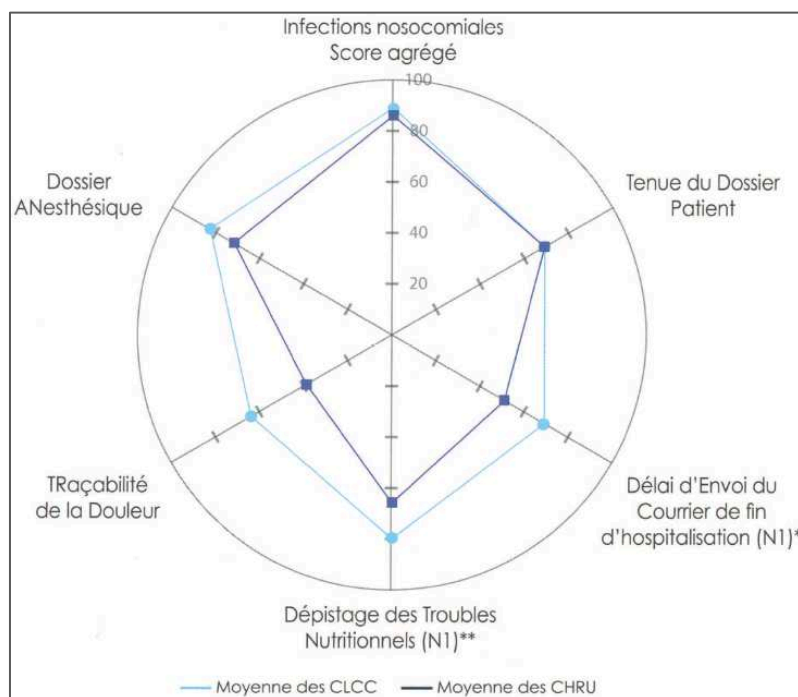
S'ils sont loin de constituer le seul objet permettant de le faire, les IQ d'Etat offrent une bonne prise pour mettre en valeur les adhérents, en raison de leurs « qualités métrologiques », de leur caractère officiel et de la participation des représentants des professionnels à leur élaboration, garants aux yeux de ces experts d'une fiabilité supérieure aux indicateurs des palmarès. Ces activités variées de communication peuvent être données à voir à travers deux exemples particulièrement révélateurs.

Le premier exemple est emprunté à la FFCLCC, qui est incontestablement la fédération qui communique le plus fortement et visiblement au sujet des IQ.

« On est promoteur de la politique moderne de transparence, "d'oser afficher". [...] On a la chance d'être précurseurs, on a le temps d'améliorer les indicateurs avant qu'ils ne soient sur la place publique. Si on avait commencé comme tout le monde, on ne serait pas les meilleurs. »
(Responsable du département « qualité-indicateurs » de la FFCLCC, entretien I-30)

En s'appuyant sur l'expertise métrologique singulière de la responsable de son département dédié, la fédération mobilise les IQ d'Etat dans une démarche de « benchmarking » de ses Centres, déclinée dans un volet « externe » qui s'attache à valoriser les 20 CLCC par rapport à leurs concurrents. Dans son édition 2009, ce benchmarking externe prend la forme d'un carnet petit format en couleur de 45 pages à l'esthétique impeccable. Le document regroupe pour chaque thème un ensemble d'indicateurs, présentés sous la forme de fiches synthétiques comparant les résultats des Centres et de leurs concurrents (voir figure 10)

Figure 10. Les IQ d'Etat dans le benchmarking externe de la FFCLCC



Ce graphique est extrait de l'édition 2009 du document intitulé « benchmarking externe des Centres de lutte contre le cancer » (p. 20). Il organise graphiquement la comparaison de la moyenne des CLCC et de la moyenne des CHRU par rapport à six IQ d'Etat, pour les données 2007 - 2008. Le document reprend l'intégralité des IQ généralisés : tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales du

ministère de la Santé et IQ du dossier patient. A travers cette représentation en toile d'araignée, on observe une réappropriation des formes graphiques développées par COMPAQH, permettant de rendre visuelle la « supériorité » des Centres. En lien avec ce benchmarking, la fédération publie régulièrement des « communiqués de presse » qui mettent en avant les efforts et les résultats des Centres. La publication annuelle des IQ d'Etat par le ministère de la Santé offre l'opportunité de réaffirmer leur engagement précoce (voir encadré 21 ci-après).

Encadré 21. Communiqué de presse publié par la FFCLCC (extraits)

Paris, le 10 décembre 2009

La démarche qualité des CLCC confortée par la publication des indicateurs 2008

Le ministère de la Santé a rendu public le tableau de bord 2008 des infections nosocomiales [...] et les indicateurs IPAQSS 2008 [...]. [...] Les résultats du Groupe des 20 Centres de lutte contre le cancer (CLCC) sont très positifs, les Centres arrivant en tête dans tous les indicateurs évalués, sauf ICATB [...], où la catégorie des Centres est en 2e position. Selon le docteur Catherine Grenier, directrice du département « qualité-indicateurs » de la Fédération nationale des Centres de lutte contre le Cancer (FNCLCC), cette bonne performance s'explique par « une implémentation précoce des critères d'évaluation de la qualité dans les CLCC ».

Une culture de transparence

Les Centres de lutte contre le cancer se sont inscrits, depuis les années 90, dans une culture du benchmarking en élaborant des outils de pilotage axés sur la qualité et l'efficacité. Ils produisent ainsi chaque année un rapport d'analyse benchmarking des CLCC. Ils saluent donc l'annonce de la Ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, sur l'obligation pour les établissements de mettre à la disposition du public les résultats des indicateurs TBIN et IPAQSS mesurant la qualité globale de la prise en charge, qui va dans le sens de la transparence déjà en vigueur dans les Centres.

Précurseurs en matière d'amélioration de la qualité

[...] Les démarches fondées sur la mesure régulière d'indicateurs permettent non seulement d'améliorer la qualité de la prise en charge, mais également d'anticiper l'adéquation aux dispositions réglementaires, tout en valorisant la traçabilité des pratiques », explique le Dr Catherine Grenier. Les CLCC sont précurseurs en termes d'indicateurs de qualité et en développent en interne. Ils sont également associés à l'expérimentation de nouveaux indicateurs nationaux, comme par exemple l'indicateur sur la réunion de concertation pluridisciplinaire, dans le cadre du partenariat du Groupe avec le projet COMPAQH. Ils mesurent aussi des indicateurs non spécifiques à la cancérologie : une troisième itération de l'enquête SAPHORA de satisfaction des patients hospitalisés a été réalisée en 2009 dans les 20 Centres de lutte contre le cancer, dans l'attente de la généralisation de l'évaluation de la satisfaction des usagers annoncée par la Ministre de la Santé. [...]

(Source : site Internet de la FFCLCC, consulté le 19 mars 2010)

Ce communiqué de presse illustre parfaitement la stratégie pionnière de la FFCLCC, qui se place en position de « saluer » les efforts du ministère dans la démarche de transparence.

Le second exemple est emprunté à celle des fédérations qui a été pendant longtemps la plus réticente à s'engager dans la démarche de communication autour de la qualité : la FHF. La fédération du public a décidé, à partir de 2007, de déployer sa propre démarche de « transparence » vis-à-vis des usagers, sous la forme concrète d'un site Internet intitulé « Hôpital.fr ». La qualité est utilisée pour valoriser l'image de « service public » des établissements de la FHF : l'éditorial qui présente les nouvelles fonctionnalités du site souligne que « l'hôpital ne doit pas être une "boîte noire" », et qu'il promeut désormais « une plus grande transparence de ses actions ». Il s'agit de « donner au grand public l'information à laquelle il a droit », de « faire connaître les indicateurs de qualité », de manière à répondre « aux sollicitations médiatiques qui n'ont jamais été aussi fréquentes, aussi pressantes, aussi déstabilisantes parfois » (Editorial publié sur le site de la FHF, 19/03/2010). En un mot, le site matérialise la réappropriation de la transparence par la FHF (voir encadré 22 ci-après).

Encadré 22. Hôpital.fr : la réappropriation de la transparence par la FHF

Un site « grand public »

Hôpital.fr donne surtout accès à des « informations pratiques » pour les usagers : outils de recherche pour localiser un hôpital (où trouver un établissement correspondant à une prise en charge en particulier), fiche d'identité de chaque établissement (description, liste des services et de leurs activités, équipement, adresse et contacts, etc.), informations générales sur le secteur public hospitalier (communiqués de presse, « dossiers thématiques » en rapport avec la santé).

Une certaine transparence sur « la qualité »

Hôpital.fr affiche, depuis 2010, des éléments relatifs à la « qualité » des prises en charge. Les patients ont notamment la possibilité de donner leur avis sur chaque établissements, à travers un petit questionnaire leur permettant de donner une « appréciation générale », et de répondre à quatre questions : « qu'avez-vous pensé de l'accueil ? », « avez-vous été satisfait de l'information que vous avez reçue ? », « l'hygiène était-elle satisfaisante ? », « êtes-vous satisfait de votre prise en charge de la douleur ? ». La « note » donnée par chaque utilisateur (parmi cinq appréciations allant de « excellent » à « pas du tout satisfaisant » permet d'afficher un score moyen sur la fiche d'identité de l'établissement. Les commentaires « qualitatifs » (« points positifs » et « points négatifs ») peuvent être consultés par les visiteurs.

Les résultats aux « indicateurs qualité » disponibles sur le site PLATINES (niveau de certification HAS et indicateurs lutte contre les infections nosocomiales) sont également visibles sur la fiche d'identité de chaque établissement.



La FHP et la FEHAP ne sont pas en reste. Elles publient de nombreux communiqués de presse concernant les résultats de leurs adhérents aux IQ. Le BAQIMEHP met en avant les « meilleurs résultats » du secteur privé lucratif à la démarche de certification, sur lesquelles elle insiste notamment dans son rapport sectoriel annuel. Il était hors de question pour la FHP de « ne pas suivre » la FHF en mettant en ligne son propre site Internet en réponse au site Hôpital.fr : le site « missions santé », à l'état de projet en 2011, doit ainsi offrir un « annuaire » des établissements privés lucratifs, accompagné d'informations sur les spécialités et d'indicateurs de qualité. Le conseiller médical en charge de la qualité de la FEHAP a de son côté récupéré auprès de la HAS les données concernant la certification (seconde version, dite « V2007 ») pour les établissements de son secteur, à partir desquelles il a produit une comparaison avec les autres établissements et insiste opportunément sur les critères pour lesquels ses adhérents sont « les meilleurs ». Cet usage des IQ à des fins de

communication par les quatre fédérations en compétition constitue un ressort important de leur engagement dans la dynamique de mise en transparence de leurs établissements. Malgré les doutes de certains de ces acteurs concernant leur utilité pour améliorer la qualité, ces dispositifs sont capables de « séduire » les acteurs bien classés (Sauder et Espeland, 2009), qui participent à leur déploiement.

Les quatre fédérations hospitalières représentatives se sont engagées dans la qualité et son évaluation à des rythmes différents mais selon des ressorts similaires. Si elles ont formalisé des expertises inégales à ce sujet, au tournant de 2010, aucune des fédérations ne se positionne contre le déploiement d'IQ d'Etat porteurs d'une mise en transparence des établissements de santé.

2) L'anesthésie-réanimation : de l'engagement professionnel autonome à l'intégration

Les différentes spécialités médicales françaises sont représentées par des sociétés savantes, qui ont pour vocation de promouvoir la production et la diffusion des connaissances relatives à leur domaine d'exercice : elles organisent des Congrès, publient des revues, prennent en charge des activités de recherche et de valorisation¹. C'est essentiellement à travers la participation de certaines de ces sociétés savantes aux projets de recherche que la profession médicale est présente dans l'élaboration et la diffusion des IQ d'Etat². Parce qu'il se fait le plus souvent dans la discrétion, ce travail constitue un objet quelque peu fuyant. Devant l'impossibilité d'enquêter de manière approfondie auprès de l'ensemble des sociétés savantes qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration d'IQ d'Etat, nous avons fait le choix de saisir leurs activités à travers le cas révélateur de l'anesthésie-réanimation. Le choix de cette discipline a été dicté par un faisceau d'indices collectés sur les différents terrains d'enquête³.

L'engagement pionnier d'une discipline médicale en quête de légitimité

Les travaux de sciences sociales de la médecine ont bien mis en évidence le rapport différencié des différents segments de la profession médicale à l'essor d'approches plus formalisées, plus quantifiées et plus collégiales, en un mot plus *evidence-based* de la médecine (Timmermans et Berg, 2003). L'anesthésie-réanimation fait partie des disciplines qui se sont engagées dès les années 1980 dans un ensemble de travaux visant à développer des dispositifs de suivi et d'évaluation des pratiques,

¹ La représentation des médecins est également organisée autour de syndicats professionnels, peu présents sur le sujet des IQ.

² Les pratiques médicales faisant l'objet d'une mesure dans les IQ généralisés entre 2005 et 2010 se limitent à l'hygiène hospitalière (tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales), à l'anesthésie (indicateur de tenue du dossier anesthésique - DAN) et à la cardiologie (indicateur de « prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde après la phase aigüe » - IDM). Il faut ajouter à cette liste la neurologie (généralisation en 2011 de l'indicateur de « prise en charge de l'accident vasculaire cérébral » - AVC), ainsi que les spécialités qui participent à des expérimentations d'IQ non généralisés.

³ Le rôle de cette spécialité est souvent revenu lors des entretiens institutionnels ; il est également apparu que les médecins anesthésistes jouaient un rôle important à l'échelle des établissements enquêtés ; il s'est révélé possible de collecter et d'analyser une documentation de sources écrites relatives aux IQ dans cette spécialité.

dans le but d'améliorer les « résultats » de ses prises en charge et de rendre visibles ces améliorations, en anesthésie comme en réanimation. Cette mobilisation précoce a d'abord été peu formalisée, lorsqu'elle s'est organisée autour des activités de quelques médecins « pionniers » qui ont investi la qualité dans sa figure « savante » (Robelet, 2002). Le portrait de l'un de ces médecins réanimateurs, Philippe Loirat, est proposé dans l'annexe consacrée à la nébuleuse autour des IQ (voir annexe 7). Ses activités illustrent bien les centres d'intérêt des « pionniers » de l'évaluation : il a beaucoup travaillé la question des « indicateurs de gravité », à travers des travaux cherchant à mesurer de manière fiable l'état des patients en vue d'améliorer leur prise en charge par les services de réanimation ; il a été amené à utiliser dès les années 1990 dans son service de réanimation un « tableau de bord » de prise en charge intégrant une dizaine d'IQ (taux d'infections nosocomiales, taux de mortalité à huit jours, taux de ré-hospitalisations à huit jours, taux d'escarres acquis en réanimation, etc.). Les premiers travaux de ces pionniers ont d'abord suscité la méfiance de leurs pairs et de leurs sociétés savantes.

Au tournant des années 1990, la spécialité a toutefois évolué de manière importante. Les deux sociétés savantes qui la représentent¹ se sont emparées rapidement du thème de l'évaluation : la Société de réanimation de langue française (SRLF) crée une commission chargée de l'élaboration des recommandations et des référentiels pour la pratique clinique, alors que la Société française d'anesthésie réanimation (SFAR) a formalisé une mission spécifique autour de la « sécurité de tous les gestes effectués par les anesthésistes réanimateurs » et engagé un ensemble d'activités dans ce domaine. Cette « antériorité » de la discipline est aujourd'hui fortement affichée par ses représentants.

« La Société française d'anesthésie réanimation [SFAR] a été, depuis très longtemps, très avant-gardiste en matière de sécurité et de qualité. Ça fait plus de 20 ans qu'il y a un comité sécurité et qualité à la SFAR qui s'intéresse à ces problèmes-là. Qui mesure, qui essaye d'analyser, de progresser, de faire des propositions. [...] Il y a vraiment une antériorité importante par rapport à beaucoup d'autres. » (Vice-président de la SFAR, entretien I-47)

Cette mobilisation n'est pas seulement précoce : elle constitue un véritable engagement stratégique de la part de la spécialité, qui renvoie à deux ensembles de facteurs.

Cet engagement entretient d'abord des liens étroits avec la nature risquée des activités médicales dans les deux domaines de la discipline. En réanimation, le taux de mortalité est un critère déterminant pour évaluer la réussite de la prise en charge de patients dont le pronostic vital est engagé.

« La mortalité moyenne en réanimation, c'est quand même sur l'ensemble de la France de l'ordre de 15 à 20% ! Donc, ce sont des gens qui sont confrontés à un résultat qui est "dur" au sens scientifique et humaniste du terme ». (Ancien responsable de la SRLF, entretien I-48)

En anesthésie, la mortalité devrait au contraire s'approcher autant que possible du « taux zéro ». La sécurité des patients constitue pour cette raison un enjeu primordial, non sans lien avec le risque

¹ Ces deux sociétés savantes sont présentées dans l'annexe 7 consacrée à la nébuleuse autour des IQ.

médico-légal qui devient dès les années 1990 un sujet de préoccupation pour les anesthésistes¹. Par ailleurs, l'anesthésie comme la réanimation reposent sur des activités qui impliquent une vision « transversale » non seulement de l'état du patient, mais aussi de l'organisation de la prise en charge. Ces affinités entre la nature des pratiques et l'engagement précoce de la spécialité dans l'évaluation médicale sont tout particulièrement mises en avant par les médecins anesthésistes-réanimateurs.

Cet engagement précoce a ensuite été un moyen, pour cette spécialité longtemps marginale, de renforcer sa légitimité par rapport aux segments les plus établis de la profession médicale. Reconnue en 1966, l'anesthésie est une spécialité « jeune » dans l'histoire de la médecine. Longtemps contestée, assimilée à une « médecine générale de l'hôpital » (Faure, 2005), les praticiens de la spécialité ont été confrontés quotidiennement à l'impératif de « démontrer l'utilité de leur spécialité » (Robelet, 2002, p. 122) notamment face à des chirurgiens qui les ont longtemps considérés comme de simples « auxiliaires » de leurs activités complexes. A la fin des années 1990, l'anesthésie-réanimation pouvait être caractérisée comme une spécialité « entre reconnaissance et stigmates » (Faure, 2005, p. 108), fortement mobilisée pour établir sa légitimité.

« C'est une discipline qui a tété très longtemps méprisée par rapport à la chirurgie. L'image de la "bonne sœur", de la "femme du chirurgien" ou la "maîtresse du chirurgien", voilà, toutes ces images-là... Et puis la spécialité qui TUE sans rien apporter. Parce qu'en fait quand vous faites une anesthésie, vous ne soignez pas ! Vous "permettez le geste chirurgical", par exemple. [...] Rien n'est jamais fini, il y a souvent encore des relents de ça, y compris dans la vie quotidienne. [...] Donc c'est un moyen d'être reconnu comme une spécialité qui travaille, qui est dynamique. » (Vice-président de la SFAR, entretien I-47)

Cet engagement stratégique dans l'évaluation a reposé sur le développement de travaux professionnels autonomes consacrés à la mesure de la qualité². Au milieu des années 1990, ces travaux ont d'abord pris la forme d'articles très généralistes sur le sujet, insistant sur l'auto-évaluation professionnelle. En 1996 par exemple, un numéro des *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* commence par un éditorial intitulé *Évaluation des pratiques professionnelles et de l'organisation des soins en anesthésie-réanimation : une démarche stratégique* (Petit, 1996)³. Au fil

¹ C'est dans ce cadre que la SFAR a coopéré avec l'INSERM pour réaliser une étude comparative de la mortalité liée à l'anesthésie, à 20 ans d'intervalle. Cette étude, à laquelle a participé activement le vice-président de la SFAR, met en évidence une diminution très conséquente de la mortalité liée à l'anesthésie, qui a été divisée par un facteur 10 entre les deux campagnes de mesures en 1978-1982 et 1996-1999. La mortalité passe notamment de 1/13 200 à 1/145 000 en ce qui concerne la mortalité directement liée à une anesthésie dans un cadre chirurgical (source : présentation du vice-président de la SFAR aux « journées de la HAS », 10 et 11 décembre 2009).

² Nous avons pu recenser 36 sources consacrées à l'essor des IQ en France et publiées dans des revues professionnelles médicales. La grande majorité de ces sources provient de revues professionnelles généralistes (*La Presse Médicale*) ou de la spécialité d'anesthésie-réanimation (*Réanimation, Le Praticien en Anesthésie Réanimation, les Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*).

³ L'auteur fait état de « l'avance » de la spécialité sur la question de l'évaluation, tout en insistant sur la nécessité pour les professionnels de s'en saisir de manière autonome : « cet engagement fort, rapide et généralisé, qui n'exclut pas de procéder prudemment et par étapes, est donc, au-delà de l'obligation légale et de l'exigence éthique, de la plus haute importance pour notre discipline. » (p. 11). Ce numéro de la revue se fait le relais des expériences étrangères en la matière, qui permettent de développer une approche très « médicale » de ces dispositifs et de souligner les enjeux « stratégiques » qu'ils représentent pour la spécialité.

des années, la démarche professionnelle est apparue de plus en plus formalisée : en 2003, la revue *Réanimation* propose à son tour plusieurs articles consacrés à la mesure de la qualité. A travers une recommandation professionnelle intitulée *Tableau de bord en réanimation* (SRLF, 2003), elle propose une méthodologie de construction d'un programme d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité et décrit les principes qui doivent être suivis pour établir un tableau de bord « validé ». L'objet de cette recommandation est de contribuer, « prudemment » et « scientifiquement », à la production de mesures fiables de la qualité en réanimation¹. Ces différents travaux ont été publiés par des médecins anesthésistes réanimateurs, dans une arène professionnelle autonome des pouvoirs publics. S'ils promeuvent le développement de l'évaluation de la qualité, c'est en mettant l'autonomie professionnelle au premier plan et en portant un même message : la nécessité « d'anticiper » les démarches institutionnelles afin de permettre aux sociétés savantes de la spécialité de mieux contrôler leur mise en œuvre. Pour les médecins appartenant à l'élite scientifique de leur discipline, se positionner comme une spécialité de « précurseurs » était un moyen d'orienter en amont les critères d'évaluation portés par les institutions publiques et de garantir le maintien d'une autonomie collective de la discipline.

« Comme on dit : "si ce n'est pas moi qui le fais, le ministère va le faire pour moi". [...] Donc c'est bien d'avoir la main, au moins au début. » (Vice-président de la SFAR, entretien I-47)

Une intégration croissante à la dynamique institutionnelle

Depuis la fin des années 1990, les sociétés savantes d'anesthésie-réanimation ont progressivement rapproché leurs travaux de la dynamique institutionnelle autour de la qualité, alors fortement marquée par une approche d'autocontrôle professionnel (Robelet, 2002). Les « pionniers » de l'évaluation ont investi les institutions naissantes : Philippe Loirat est par exemple devenu président du conseil scientifique de l'ANDEM puis de l'ANAES jusqu'en 2004. C'est également à cette époque qu'une « seconde génération » de médecins, influencés par ces « pionniers » qui sont leurs aînés, s'est inscrite dans la dynamique de l'évaluation médicale. Par son profil, le vice-président de la SFAR² incarne bien le relais pris par ces médecins appartenant à l'élite scientifique de leur discipline.

« La notion d'audit, de qualité, d'indicateurs, de processus, d'évaluation, pour moi... J'ai l'impression d'avoir toujours baigné dedans. [...] Quelque part il y a un formatage intellectuel autour du processus, de l'analyse, de regarder comment le processus fonctionne dans un établissement. » (Vice-président de la SFAR, entretien I-47)

A partir du début des années 2000, les sociétés savantes ont commencé à se réappropriier les principales thématiques nationales, de plus en plus visibles dans leurs travaux écrits. De nombreuses

¹ « Le tableau de bord est un outil supplémentaire qui vient s'ajouter à ceux déjà forgés par nos sociétés savantes pour décrire notre activité. [...] Il s'agit là d'un véritable challenge car les outils qui peuvent servir à élaborer des indicateurs de la qualité des soins sont mal connus, donc peu utilisés quand ils ne sont pas complexes, en cours d'élaboration, non validés dans notre discipline ou tout simplement inexistants. La prudence est donc de mise » (SRLF, 2003).

² Un portrait de ce praticien est proposé dans l'annexe 7 consacrée à la nébuleuse autour des IQ.

sources ont commencé à débattre des différents moyens de mesurer les infections en réanimation, à proposer des classifications des différents types de mesures, à revenir sur les qualités métrologiques des IQ « validés » (Brun-Buisson et al., 2005; Durocher et al. 2002; Durocher, 2005; Gauzit et Montravers, 2004; Girou, 2008; Lucet, 2002; Lucet, 2008). D'autres sources ont abordé le thème de la « sécurité des soins » en réanimation (Gervais et Durocher, 2008; Gervais et al., 2008; Guidet, McAree, et Marty, 2008). Les tableaux de bord d'indicateurs ont commencé à être mobilisés comme l'un des outils mis en avant pour maîtriser les risques. Le thème du « benchmarking » à des fins de progression professionnelle a également été mis en avant (Bonnet et al., 2008). Les praticiens ont surtout réalisé un nombre croissant de travaux conjoints avec les institutions : certains abordent la mesure de la mortalité en réanimation aux côtés du projet COMPAQH (Aegerter et al., 2003; Dervaux et al., 2009)¹ ; d'autres prennent pour objet l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), en lien avec la HAS (Bally et al., 2006) ; une autre publication co-signée par les chercheurs du CCECQA et par des médecins anesthésistes réanimateurs présente les premiers résultats de l'expérimentation de l'IQ de tenue du dossier anesthésique (DAN) en région Aquitaine (Hubert et al., 2008).

Au cours des années 2000, les représentants de la spécialité se sont ainsi attachés à anticiper et à influencer un ensemble de réformes institutionnelles susceptibles de renforcer leur position, dans la continuité de la stratégie adoptée sur d'autres réformes au cours des années 1990 (Benamouzig et Pierru, 2011, p. 333). La quête de légitimité a poussé les représentants de la discipline à s'allier avec les institutions publiques pour porter une dynamique managériale qui constitue également une nouvelle « juridiction » professionnelle (Abbott, 1988) et dont ils se sont emparés avec un certain succès, comme l'explique avec humour le vice-président de la SFAR à travers le récit qu'il propose de la « reconquête » du bloc opératoire par les anesthésistes.

« Les chirurgiens, c'est "moi, je veux faire mon malade, je suis disponible à 14h parce que je sors de ma consultation". Et vous avez les autres, dont les anesthésistes, qui disent "eh mon pote, nous on est au bloc depuis 7h, on a déjà fait 4 malades, pourquoi tu ne t'es pas organisé ?" [...] On a schématiquement d'un côté "l'artiste", et de l'autre, "le manager". [...] Petit à petit, s'est instauré un mode de fonctionnement un peu "industriel", avec des horaires, de la prévision, des modèles de remplacement en cas d'absence... L'artisan est en train de disparaître. [...] Donc c'est aussi un moyen pour nous de diriger alors qu'on a été opprimés [rires]. C'est un peu rigolo, dit comme ça, mais c'est un peu ça. Et les chirurgiens ne le vivent pas toujours très bien ! Et l'aspect de "gestion", avec des indicateurs qualité, est un élément majeur de suivi du bloc ! » (Vice-président de la SFAR, entretien I-47)

Cette quête de légitimité est passée par un investissement de la gestion de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que par une stratégie « scientifique » qui a permis de positionner l'anesthésie-réanimation comme une discipline médicale à part entière.

¹ Ils concluent à une amélioration progressive des indicateurs depuis les premiers travaux sur les indices de gravité des patients, tout en soulignant les difficultés persistantes de qualité du codage et d'ajustement des taux de mortalité aux caractéristiques des patients. Ils concluent à l'intérêt d'un usage prudent de ces indicateurs comme « systèmes d'alerte ».

« La discipline a beaucoup progressé. Cela fait maintenant une bonne trentaine d'années que le niveau scientifique a considérablement augmenté. [...] La mortalité a diminué, les résultats cliniques sont là... La reconnaissance aussi. » (Vice-président de la SFAR, entretien I-47)

C'est cette trajectoire singulière de production de travaux professionnels autonomes, progressivement rapprochés des dynamiques institutionnelles, qui a rencontré la dynamique du déploiement des indicateurs d'Etat dans la seconde moitié des années 2000.

« Sur un truc comme ça, au bout d'un moment, si vous ne faites pas comme les autres... Vous ne pouvez pas ne pas faire comme les autres ».

Entretien avec l'un des responsables des fédérations

C'est un engagement croissant dans la dynamique institutionnelle d'évaluation de la qualité qui ressort de l'analyse du positionnement des différents acteurs chargés de défendre les intérêts des professionnels auprès des pouvoirs publics. A travers la concurrence économique des établissements représentés par les fédérations et la concurrence pour la reconnaissance institutionnelle des différents segments professionnels, la compétition est très présente. Dans les deux cas, les acteurs les plus « marginaux » ont été les premiers à se saisir stratégiquement de l'évaluation médicale puis de la qualité et de sa mesure : c'est dans une quête de légitimité et dans une stratégie offensive vis-à-vis d'acteurs mieux « établis » que la FFCLCC, la FHP et les sociétés savantes d'anesthésie-réanimation ont cherché à « exister », à s'imposer, à se démarquer par la qualité. En anticipant puis en accompagnant les démarches institutionnelles, ces acteurs ont participé à construire leur légitimité aux yeux des autres représentants intermédiaires, qui sont nombreux à s'être engagés à leur tour¹.

Certaines fédérations et sociétés savantes médicales participent ainsi activement à la « prédiction créatrice » par lequel l'auditabilité s'impose (Merton, 1997 [1953]). A des rythmes différents et à travers des coopérations institutionnelles inégales, les principaux représentants des acteurs hospitaliers en sont tous venus à se saisir de l'évaluation de la qualité, qu'ils ne perçoivent plus seulement comme une contrainte mais aussi comme une « ressource » (Castel et Merle, 2002). L'engagement progressif des représentants des professionnels dans la dynamique institutionnelle n'est pas neutre : il s'est accompagné de la formation d'une expertise intermédiaire spécifique autour de la qualité, inégalement formalisée, spécialisée et dédiée à cette thématique selon les organisations. Ces différents « experts » exercent une influence cruciale sur la construction et le déploiement des IQ².

¹ Il aurait été intéressant de comparer l'anesthésie-réanimation aux autres spécialités médicales participant à l'élaboration des indicateurs : hygiène hospitalière, cardiologie, ou neurologie notamment. Les données recueillies indirectement et de manière non systématique à leur sujet suggèrent que leur positionnement a été relativement similaire. Quant aux nombreuses spécialités médicales qui restent à distance de ces démarches institutionnelles, il apparaît qu'elles sont incitées à une participation croissante, notamment du fait des relations de compétition qui existent entre les différents segments de la profession médicale et du fait de la généralisation d'IQ qui se rapprochent de leurs pratiques.

² La porosité qui existe entre l'univers institutionnel et les organisations de représentation des acteurs hospitaliers favorise cette dynamique : elle est visible dans les circulations de certains acteurs, comme Catherine Grenier ou Philippe Loirat, qui

2. La fabrique de l'« acceptabilité » des IQ d'Etat

Placés à l'interface entre le monde institutionnel et le monde hospitalier, ces représentants sont des artisans cruciaux de la capacité des IQ à être acceptés par les acteurs professionnels.

1) Négocier le compromis autour des IQ : les représentants comme « courtiers »

Les experts des fédérations et des sociétés savantes sont en mesure de « négocier » leur soutien à la démarche institutionnelle, en échange d'un contrôle exercé sur le contenu des IQ. Par leur travail de négociation « en amont » de la généralisation, ils s'apparentent à des « courtiers » de l'action publique, dont l'activité consiste à « *rechercher des solutions acceptables entre des groupes éloignés qui peuvent trouver un avantage à coopérer même s'ils ne poursuivent pas les mêmes objectifs et n'ont pas les mêmes intérêts* » (Nay et Smith, 2002, p. 13). Leur participation à l'élaboration des IQ permet de veiller à l'intégration des intérêts des professionnels « de terrain » dans l'instrumentation déployée par l'Etat, dans une logique *bottom-up*.

Des représentants hospitaliers incontournables dans la construction des IQ

Les institutions publiques et les chercheurs-experts ont besoin du précieux label de soutien des représentants des acteurs hospitaliers pour élaborer et généraliser des IQ présentés comme « validés » et « consensuels ». Ils ont également besoin de ces acteurs intermédiaires pour recruter des établissements et des professionnels volontaires dans l'expérimentation de leurs mesures. Les recommandations pour la pratique établies par les élites professionnelles constituent un appui considérable dans l'élaboration métrologique des IQ d'Etat. La participation de « médecins » réputés permet de garantir la légitimité des mesures : il n'est pas anodin que COMPAQH ait sollicité Philippe Loirat, médecin réanimateur, ancien président de la SRLF et du conseil scientifique de l'ANAES pour conseiller le projet à partir des années 2000.

« J'étais un homme de terrain, on ne pouvait pas me raconter de salades sur le boulot de médecin. [...] Par mes casquettes de réanimateur, de chef de service, de président de CME, de président de société savante... J'avais une vision un peu globale de comment ça se passe avec les professionnels, de ce qui les intéresse. » (Ancien président de la SRLF, entretien I-48)

De leur côté, les experts des fédérations disposent de connaissances opérationnelles concernant l'univers professionnel et la situation dans les différents établissements qu'ils représentent.

« Par rapport aux tutelles, on a la "vision de terrain". On va être "facilitant", capable de remonter l'expérience... Je dirais qu'on a un peu plus de recul que les professionnels. En "ne faisant pas" mais en étant quand même "très proches de ceux qui font". [...] Les dossiers de

contribuent à forger un « sens commun réformateur » (Pierru et Serré, 2001) faisant de l'auditabilité des activités hospitalières un objectif légitime. Une illustration de la circulation de certains de ces acteurs au sein de la nébuleuse autour des IQ est présentée dans l'annexe 7, et sera mobilisée dans la conclusion de cette deuxième partie de la thèse.

patients, les organisations, les patients, je les connais. Les professionnels, je les connais bien aussi... » (Directrice du département « qualité-indicateurs » à la FFCLCC, entretien I-30)

Ces experts constituent ainsi un point de passage obligé pour construire le label « d'acceptabilité » professionnelle des IQ d'Etat, qui fait si cruellement défaut aux palmarès hospitaliers. Les pouvoirs publics se sont dès lors attachés à ménager ces acteurs intermédiaires et à les intégrer dans le processus afin de limiter l'émergence de conflits autour de la mesure de la qualité.

« Dès le début, on les a mis dans le coup, on a avancé chaque fois avec eux, on a cherché s'ils avaient des besoins particuliers. [...] Si jamais on se fâche avec un de nos correspondants de fédé... ça ne va pas le faire ! » (Acteur du service IPAQSS de la HAS, entretien collectif I-41)

« L'un des enjeux importants, c'est d'avoir un lien FORT avec les professionnels, qu'ils comprennent leur intérêt à développer avec nous. [...] Ca permet de gagner du temps et de rendre la démarche lisible. » (Responsable du service IPAQSS à la HAS, entretien I-31)

Les représentants des acteurs hospitaliers, incontournables, disposent de marges de manœuvre non négligeables pour peser sur le processus. La collaboration entre ces experts et les institutions publiques se déroule de manière assez différente dans les cas des fédérations et des sociétés savantes.

Positions communes et stratégies d'influence : la négociation des IQ par les fédérations

Dans le cas des fédérations, la défense des intérêts professionnels constitue une dimension officielle de la représentation des adhérents, qui s'inscrit dans une démarche plus générale de *lobbying* auprès des pouvoirs publics. A ce titre, les experts participent au comité de pilotage du projet COMPAQH et au comité de la généralisation des IQ et il arrive que les fédérations « mandatent » des professionnels des établissements adhérents pour participer à divers groupes de travail à ce sujet. Les activités de négociation par lesquelles ces acteurs veillent au respect des intérêts des professionnels prennent deux formes assez différentes.

En premier lieu, par la voix des experts, les fédérations se retrouvent dans la défense d'un certain nombre de principes et de « positions communes » visant à protéger leurs adhérents, qui pèsent sur les projets de recherche et ont largement façonné la « prudence » caractéristique des IQ d'Etat.

« Sur la qualité, en général, on est d'accord. Et on se concerte souvent pour faire des réponses ensemble, ou qui sont assez proches. » (Conseiller médical à la FEHAP, entretien I-27)

Toutes les fédérations veillent d'abord à limiter la charge de travail imposée aux établissements. Elles relaient les discours critiques des professionnels concernant le caractère « contraignant » des IQ externes qui impliquent pour la plupart un recueil *ad hoc* coûteux en temps et en énergie. Elles insistent pour limiter le nombre d'indicateurs « obligatoires », militent toutes pour une « automatisation » dans leur recueil et une « mise en cohérence » des diverses demandes institutionnelles. La FEHAP demande par exemple la mise en place d'un « guichet unique » de tous les « producteurs » de la transparence (Ministère, HAS, ANAP, palmarès de la presse) ; la FHP tient un discours très volontariste sur la nécessité de réduire la contrainte qui pèse sur les établissements.

« Nous sont imposées des normes réglementaires sur la qualité, la sécurité des soins, la gestion des risques, le circuit du médicament, qui sont extrêmement abondantes et qui n'arrêtent pas de croître... La certification, les indicateurs... [...] Les établissements ont leur contrat d'objectifs et de moyens qui sont en cours de révision. Tout ça, c'est des contraintes énormes. Il faut affecter des ressources. » (Directrice du BAQIMEHP, entretien I-29)

Dans le même registre, les différentes fédérations se rejoignent pour critiquer l'absence de valorisation de l'investissement des établissements dans la démarche d'évaluation : elles souhaiteraient que les « bons résultats » soient sanctionnés sous une forme financière ou intégrés dans les négociations régionales. Les fédérations se posent ensuite en « remparts » contre les risques inhérents à la démarche de transparence vis-à-vis des acteurs professionnels qu'elles représentent. A travers un propos nuancé, les acteurs de la FHF insistent sur la nécessaire protection des acteurs professionnels face à une « traçabilité à outrance » qu'il s'agit de contenir.

« C'est peut-être aussi dangereux. Quelque part, le cœur de tout ça, c'est la CONFIANCE. [...] Ça veut dire se fier à quelqu'un sans avoir besoin de tout vérifier. Donc, cette aura-là, si on la décortique au point que le médecin est dans une situation d'insécurité pratique qui fait que tous les jours, il doit vérifier s'il a encore la confiance de ses patients, il doit s'arrêter ! [rires]... [...] Ça ne veut pas dire qu'il ne faut rien regarder... Mais le cœur du travail des médecins, bon sang, il faut préserver ça ! » (Responsable de la FHF, entretien I-28)

A travers une position prudente sur les IQ de « ressources humaines » et de « culture de sécurité » développés par le consortium CLARTE, la FHP insiste de son côté sur la protection des gestionnaires de clinique, peu enclins à la transparence sur la gestion de leur entreprise. Sans surprise, les acteurs des quatre fédérations se montrent également réticents par rapport à l'idée de publier des IQ de mortalité, susceptibles selon eux d'être mal interprétés par le grand public, et de susciter une réticence forte de leurs adhérents. Ils affichent enfin une grande prudence par rapport à l'émergence de l'enjeu de la « rémunération à la performance », en soulignant l'inadéquation entre les indicateurs de processus disponibles et la possibilité d'un financement autre que marginal de la qualité, sans toutefois se fermer complètement à une évolution qui permettrait de mettre en valeur les efforts des établissements en matière de qualité. Ces positions communes ont contribué à construire des IQ « acceptables » ne suscitant pas de franche opposition.

En second lieu, les experts des fédérations s'attachent à orienter « en amont » le développement des IQ dans un sens favorable à leurs adhérents, selon une logique très similaire à celle des représentants des médecins qui s'investissent dans l'élaboration des « protocoles » dans le but de se positionner stratégiquement vis-à-vis d'autres segments médicaux (Castel et Friedberg, 2010). Ces activités d'influence stratégique s'exercent notamment à travers une participation aux démarches « d'expérimentation » des IQ, pour lesquelles les fédérations jouent les entremetteuses entre les projets et leurs établissements adhérents. Pour les acteurs institutionnels et les chercheurs-experts, les « groupes de travail » de l'expérimentation permettent de s'assurer de l'adéquation des IQ avec les différents types d'établissements et de professionnels. Pour les fédérations, ils constituent un espace dans lequel il est possible d'orienter la mesure dans un sens favorable ou d'éviter des dérives jugées

défavorables. La participation aux expérimentations permet en outre d'obtenir de meilleurs résultats lors de la généralisation de ces IQ. Si toutes les fédérations participent à ces expérimentations, certaines ont développé des stratégies plus nettes pour influencer le développement d'IQ : c'est ici que des nuances peuvent s'exprimer à la marge des « positions communes ».

La FEHAP a négocié, à partir de 2007, le développement d'un IQ sur le thème de la dialyse, afin de rendre visible les « spécificités » de certains de ses établissements, jusqu'ici « hors champ » par rapport aux thèmes de travail du projet COMPAQH. Dans le même registre, la FHF et la FHP appellent toutes deux de leurs vœux le développement d'indicateurs de « pertinence des pratiques » : les experts de chacune des deux fédérations sont convaincus que leur secteur en sortira renforcé. Mais c'est incontestablement la FFCLCC qui est la plus active dans cette orientation stratégique de la mesure dans un sens favorable à ses établissements. Engagée en amont dans le projet COMPAQH-Cancéro, elle a été en mesure de participer à l'expérimentation d'indicateurs en cancérologie dès les premières phases de leur développement en 2004-2005. L'exemple de l'élaboration de l'indicateur « réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie » (RCP) permet de saisir cette orientation stratégique. Cet IQ recense le taux de patients atteints d'un cancer pour lequel le dossier médical a été évalué conjointement par un ensemble de spécialistes. La tenue de cette réunion est considérée comme une « bonne pratique » de prise en charge pour les patients concernés. Expérimenté dans 16 Centres de lutte contre le cancer, qui le mesurent annuellement depuis 2005, cet IQ joue un rôle croissant : il a été généralisé par la HAS à partir de 2011 ; il est également mobilisé par l'Institut National du Cancer (INCA) dans le cadre du dispositif d'autorisation en cancérologie mis en place en 2007, devenu opposable en 2011. La participation « en amont » de la FFCLCC a permis aux Centres de se familiariser avec la mesure avant même qu'elle ne soit obligatoire et réglementaire, leur donnant ainsi un avantage face d'autres établissements. La responsable du département dédié s'est attachée à négocier le contenu de cet IQ pour mettre en valeur le « modèle » des CLCC, qui permet de réunir dans une même structure les différentes spécialités.

« Un point fort des Centres, c'est qu'ils ont à leur disposition le médecin, le radiologue, tous les professionnels. Aujourd'hui, c'est la RCP qui est obligatoire, qu'elle soit par visioconférence ou physique. L'un des intérêts des Centres, c'est de montrer que leurs dossiers patients sont analysés par des gens AUTOUR D'UNE TABLE, et que ce n'est quand même pas pareil qu'en visioconférence. [...] Un petit établissement privé qui fait des interventions très ciblées, il ne va pas être capable de l'organiser en physique. Il va l'organiser en visioconf, c'est sûrement très bien, mais on imagine que sur le plan organisationnel, ça sera moins facile d'avoir un dossier complet... Moi, j'ai des arguments comme ça, et je vais jouer là-dessus ! »
(Responsable du département « qualité-indicateurs », FFCLCC, entretien I-30)

A travers ces activités d'influence, la négociation menée par les fédérations est souvent subtile : elles se présentent comme les garants des intérêts des établissements, tout en promouvant une démarche contrôlée d'évaluation à laquelle chacune trouve un intérêt pour se positionner par rapport aux autres. Ces négociations ne sont pas toujours idylliques : en 2011, la FHP est allée jusqu'à s'opposer formellement au déploiement d'un IQ de satisfaction des patients souhaité par le ministère,

qui prévoyait d'obliger les établissements à passer un contrat avec un prestataire pour la réalisation d'une enquête téléphonique. La fédération a appelé ses établissements à « boycotter » cet IQ jugé trop coûteux et mal adapté. Néanmoins, la collaboration orchestrée par les chercheurs-experts se fait le plus souvent sans conflit. Une certaine familiarité s'affiche volontiers entre certains acteurs institutionnels, chercheurs-experts et experts des fédérations : certains ont circulé au sein des institutions, d'autres ont été experts-visiteurs, l'une d'entre eux à participé directement au projet COMPAQH au début de sa carrière. Ces acteurs se connaissent personnellement. Certains vont jusqu'à se décrire comme des « amis » capables, au besoin, de faire circuler les informations par un canal informel. La familiarité au sein de la nébuleuse contribue à entretenir l'absence de positionnement fortement « critique » vis-à-vis de la démarche institutionnelle.

« Moi je venais de l'ANDEM et j'ai retrouvé bien sûr des collègues à la HAS, on avait travaillé ensemble. Donc, déjà, il y avait une confiance... [...] On n'a jamais vraiment été critiques vis-à-vis de la HAS... On a essayé de relayer leur [action]... On a quand même porté la chose. [...] Quand on revient des établissements en disant "attention, on ne peut pas faire ça", à la HAS ils savent que ce n'est pas de l'opposition pour l'opposition, c'est qu'il y a un vrai problème ! » (Entretien avec le représentant d'une des fédérations)

Ce travail de négociation permet également aux acteurs des fédérations de s'équiper en connaissances et en outils : en participant aux groupes de travail et à l'expérimentation des IQ, ils se familiarisent avec les formes et les logiques de l'évaluation de la qualité, qu'ils s'approprient à des fins de communication et portent vis-à-vis de leurs adhérents. Les négociations avec les sociétés savantes ont été marquées par davantage de tension.

Les sociétés savantes d'anesthésie-réanimation : la négociation sous tension des IQ d'Etat

Les experts des sociétés savantes ont, dans un premier temps, refusé la démarche de comparaison à des fins d'affichage public telle qu'elle était portée par les palmarès hospitaliers. C'est très visible dans les travaux autonomes consacrés à l'évaluation de la qualité publiés à la fin des années 1990¹. Dans ces conditions, la rencontre entre la dynamique professionnelle autonome et la démarche institutionnelle de généralisation des IQ à des fins d'affichage public n'a pas manqué de produire quelques étincelles. La collaboration sous tension qui s'est engagée autour de l'indicateur de « tenue du dossier anesthésique » (DAN) généralisé par la HAS en 2008 constitue une bonne manière de saisir les enjeux de la négociation qui s'établit entre sociétés savantes et institutions.

Au milieu des années 2000, la HAS a sollicité les représentants de l'anesthésie-réanimation afin de produire un ensemble de « référentiels » d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), dont

¹ L'éditorial des *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* déjà mentionné dans la première section (Petit, 1996) souligne par exemple que « la notion d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins suppose l'engagement des professionnels et est incompatible avec celle de contrôle externe » (p. 11) ; un autre article consacré à la mesure des infections souligne que « les taux d'infections nosocomiales ne doivent pas devenir l'étau des tutelles et des médias sur les établissements, les services, ou les disciplines médicales » (Gouin et Garrigues, 1998, p. 672)

l'un était consacré à la « tenue du dossier anesthésique » : il a été demandé à un groupe de travail d'élaborer un document stigmatisant des critères dont l'amélioration de la traçabilité était susceptible d'améliorer les prises en charge. Ce travail a abouti à un document mis en ligne dans une logique d'auto-évaluation professionnelle. Lorsque les chercheurs du projet COMPAQH, en relation avec la HAS, ont décidé d'initier un travail au sujet de la tenue du dossier anesthésique, ils ont de nouveau sollicité le groupe de travail, afin de décliner ce référentiel sous forme d'indicateur : « *le groupe de travail a accepté de collaborer tout en émettant des réserves fortes sur la pertinence d'un tel indicateur détourné de son but initial et qui pointe uniquement des aspects supposés faibles en ignorant volontairement des items fondamentaux [...] En dépit de ces réserves et suite à une phase test, l'indicateur a fait très (trop ?) rapidement l'objet d'une large diffusion dans l'ensemble des établissements français* » (Dahlet et al., 2010). Dans ces conditions, la généralisation de l'IQ de tenue du dossier anesthésique a mis fortement sous tension la collaboration avec la HAS.

« [Avec] les anesthésistes ça a été très très dur. [...] Peut-être qu'on s'est mal expliqué, peut-être qu'on ne savait pas trop bien ce qu'on réussirait à construire, mais du coup, c'est leurs critères qui vont servir à faire de la comparaison inter-établissements. Ils s'en sont aperçus quand ça a été généralisé, on les avait "trahis", quoi. » (Acteur du service SIPAQSS de la HAS, entretien collectif I-41)

Les anesthésistes ont considéré que la HAS s'était attribuée de manière illégitime leur travail, fruit d'un engagement précoce et autonome dans les démarches d'évaluation médicale. Ils se sont aussi sentis « trompés » concernant le sens de ce travail et l'objectif qui lui était associé : le référentiel avait été conçu dans un objectif d'auto-évaluation professionnelle et non dans l'optique d'une « surveillance » externe ou d'un contrôle étatique.

« La construction du référentiel était faite PAR des professionnels, POUR des professionnels [...]. Et c'est devenu un machin qui leur permet de nous SURVEILLER, voire de nous TAPER DESSUS quand les scores ne sont pas assez bons... [...] La HAS, c'est une "Haute Autorité" qui a été créée par les tutelles, quoi. Clairement, c'est quand même une autorité de surveillance ! [...] C'est du contrôle, hein. Pour l'amélioration, mais c'est quand même du contrôle ! » (Vice-président de la SFAR, entretien I-47)

Dans le même temps, c'est bien un ensemble de critères définis par les professionnels et jugés importants à améliorer qui est mobilisé par l'indicateur DAN. Ne souhaitant pas se déjuger, les anesthésistes-réanimateurs ont fait clairement connaître leur mécontentement à la HAS puis dans un éditorial intitulé de manière éloquente « *histoire d'un indic'* » (Dahlet et al., 2010). Pour autant, ils n'ont pas rompu la collaboration avec la HAS. Ils ont préféré se positionner sur une « critique interne » de l'indicateur¹ finalement produit, tout en dénonçant ce qu'ils interprètent comme une « dérive » dans l'utilisation de documents professionnels. La principale raison pour laquelle les experts des sociétés savantes ont décidé de poursuivre la collaboration réside dans leur appétence pour

¹ Les critiques des représentants de l'anesthésie-réanimation portent notamment sur l'expression des résultats sous forme de taux de conformité, induisant une « connotation normative » inadaptée ; et sur les modalités de recueil (par des praticiens ou par d'autres acteurs hospitaliers) susceptibles de biaiser les résultats (Dahlet et al., 2010).

les « données » produites par les IQ généralisés, qui constituent une ressource de première importance pour ces organismes qui œuvrent à ce que leur spécialité conserve son « avance » sur les autres.

« Dès 2008, dès que nous avons été informés des premiers résultats à l'échelon national sur DAN [...], c'est NOUS qui sommes allés les voir, en leur disant "écoutez, maintenant on VEUT récupérer ces chiffres pour NOUS. Alors on va travailler ensemble, mais NOUS PROFESSIONNELS on veut se les réapproprier." [...] Sur l'indicateur IPAQSS, on travaille avec eux maintenant, de façon très détaillée. » (Vice-président de la SFAR, entretien I-47)

Les sociétés savantes d'anesthésie-réanimation ont rapidement cherché à « reprendre la main », à se réapproprier ces résultats qui présentent l'intérêt d'être des résultats nationaux, quasi exhaustifs, jugés « solides », et ancrés à l'origine sur un référentiel de la spécialité. A partir de ces données, la SFAR s'attache à « aller plus loin » que la simple mesure, pour rentrer dans une analyse des facteurs susceptibles d'expliquer les différences de résultats entre établissements. Lors des entretiens, le discours mettant en scène les « tensions » de 2008 et 2009 est immédiatement complété par une mise en exergue du « dépassement des tensions », aboutissant à une « collaboration constructive » au début des années 2010. Affirmant qu'il s'agit encore d'une position « minoritaire », le vice-président de la SFAR va même jusqu'à accueillir positivement l'idée d'un contrôle externe.

« Il y a quand même besoin de surveiller. [...] Je crois beaucoup à la coercition. Quand on grille un feu rouge et qu'on a une amende, on le grille moins après ! [...]. Ce n'est pas une philosophie majoritaire dans le monde de la médecine. Mais je pense avoir raison... [...] Les indicateurs obligatoires font bouger les choses ! » (Vice-président de la SFAR, entretien I-47)

Ce discours est révélateur de l'évolution plus générale en train d'opérer graduellement à l'intérieur de la spécialité d'anesthésie-réanimation, qui accepte de manière croissante de collaborer à la mise en transparence de ses activités, dès lors que cela lui permet d'améliorer ses prises en charge et de rester positionnée comme une spécialité « à l'avant-garde ». Si toutes les collaborations entre institutions et sociétés savantes ne donnent pas lieu à des tensions de ce type, cet exemple illustre la manière dont elles en viennent à « jouer le jeu de l'intégration » dans les démarches institutionnelles (Benamouzig et Pierru, 2011, p. 333), dès lors que les critères mobilisés sont ceux qui ont été définis par la discipline et que ses experts peuvent se servir des données à leurs propres fins.

« L'objectif EPP qui était celui de la SFAR au départ... Finalement, même si c'est "détourné", tous les gens qui sont intéressés par la question se rendent compte que finalement l'objectif il est quand même rempli, à peu de choses près [...]. Il ne faut pas non plus taper sur la HAS de façon trop dure... » (Vice-président de la SFAR, entretien I-47)

Ce que négocient de manière très similaire ces différents experts des fédérations et des sociétés savantes, c'est bien l'acceptabilité des IQ généralisés par l'Etat. Tous contribuent à forger le compromis institutionnel, en veillant à ce que les mesures d'Etat n'entrent pas trop fortement en contradiction avec les intérêts professionnels ; tous cherchent à influencer le contenu des IQ dans l'intérêt des acteurs qu'ils représentent mais aussi pour pouvoir en faire usage à leur niveau intermédiaire. Leurs activités ne se résument toutefois pas à ces négociations « en amont » de la construction des instruments.

2) Déployer l'auditabilité : les représentants comme « généralistes »

Dès lors que les IQ construits sont « acceptables », les experts des fédérations et des sociétés savantes sont en mesure de porter la démarche d'auditabilité auprès des professionnels de santé. De courtiers, ils se font alors généralistes : leur activité « *consiste à construire du "sens commun" entre des milieux institutionnels qui ne recourent pas aux mêmes savoirs et aux mêmes représentations* » (Nay et Smith, 2002, p. 13). Ce sens commun est déployé par une variété d'activités pratiques de diffusion des IQ dans un sens *top-down*, qui permet à ces intermédiaires d'exposer et de familiariser les professionnels aux logiques de l'évaluation par l'Etat.

Un travail d'accompagnement méthodologique des adhérents

Les experts des fédérations et des sociétés savantes déploient des activités d'accompagnement méthodologique en matière de mesure de la qualité à l'intérieur des établissements. Cet accompagnement peut prendre des formes diverses : activités de « conseil » facturées aux établissements, organisation de formations¹, démarches de « benchmarking » interne, activités de « veille » et de transmission d'informations sur les démarches institutionnelles², accompagnement de professionnels en difficulté par les sociétés savantes, etc. Cet accompagnement s'appuie le plus souvent sur la construction et la diffusion de méthodologies (« manuels », « outils », « guides », « fiches techniques ») qui sont mises à disposition des adhérents. Toutes ces activités reposent sur une réappropriation des IQ d'Etat par les experts qui, après les avoir négociés, les véhiculent auprès des professionnels. Il est possible de saisir cet accompagnement multiforme à travers deux exemples de démarches portées par les fédérations.

Le premier exemple est emprunté à la FEHAP. Début 2010, elle a décidé d'accompagner l'ensemble de ses établissements adhérents dans la réponse à l'obligation réglementaire d'afficher les résultats aux IQ, à travers un « kit de communication » clé-en-main, composé d'une affiche effaçable grand format (voir figure 11 ci-après), d'un marqueur, et d'une lettre explicative. La fédération envoie aussi un « dossier qualité » qui fournit l'ensemble des informations nécessaires aux établissements pour informer les patients qui souhaiteraient en apprendre plus sur la politique qualité et sa déclinaison à l'échelle de l'établissement.

¹ La HAS délègue par exemple au BAQIMEHP de la FHP la formation des établissements privés lucratifs au sujet des IQ; la FEHAP organise des formations comparables sur ces sujets.

² Surtout pratiquée par les fédérations, cette « veille » permet de relayer les évolutions réglementaires auprès des adhérents. Elle prend la forme de lettres d'information, de communiqués ou d'articles en ligne renvoyant vers les sites institutionnels et les textes officiels concernés. On trouve aisément sur les sites internet des fédérations les traces de ce travail d'information réalisée au sujet de la publication annuelle du tableau de bord des indicateurs par le ministère de la Santé, de l'évolution de la certification V2010, ou encore de l'obligation d'affichage des résultats des indicateurs inscrite dans la loi HPST.

Figure 11. L'accompagnement de l'affichage public par la FEHAP



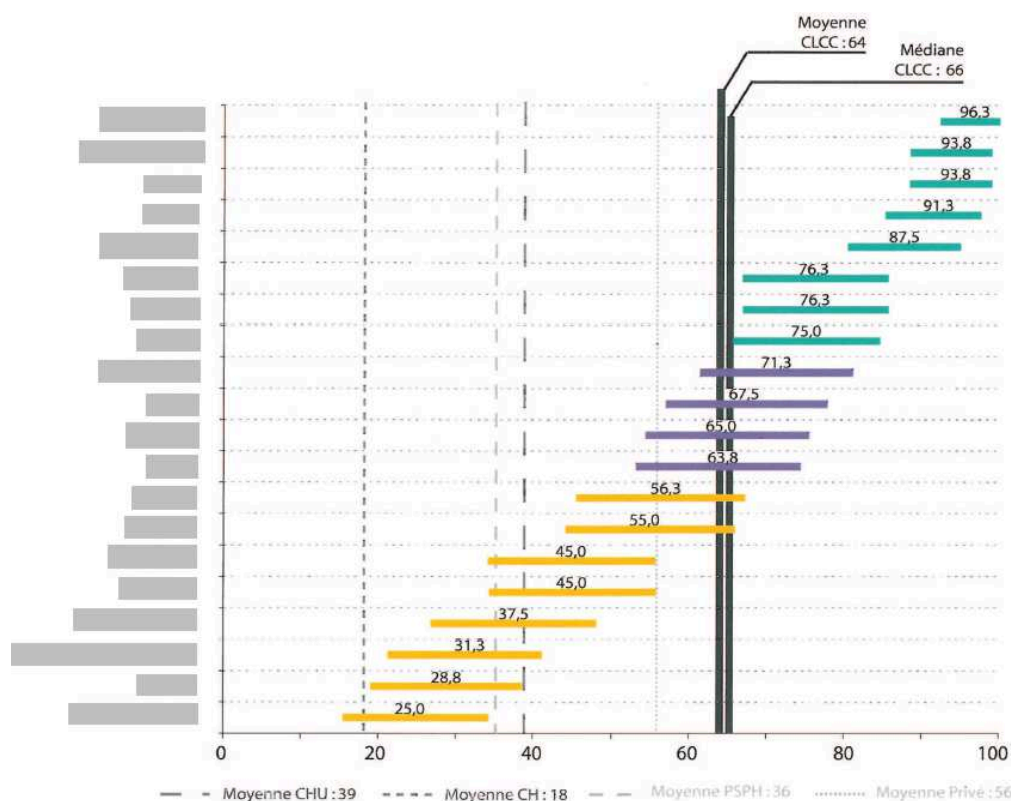
Chacun des quatre « pétales » permet d'afficher une information : les « pétales » bleu et rouge permettent respectivement aux établissements d'afficher, au choix, « un indicateur » en lien avec la lutte contre les infections nosocomiales et un IQ de la HAS ; le « pétale » orange permet d'inscrire le résultat et la date de la certification de l'établissement avec un commentaire, le « pétale » vert constitue une zone d'expression complètement libre et permet l'affichage des résultats de l'enquête de satisfaction des patients ou toute autre information jugée pertinente. Par cet accompagnement, la fédération s'attache à transformer une obligation réglementaire en campagne de communication : une « conférence de presse » a été organisée pour valoriser toute

l'opération, avec diffusion d'un « dossier de presse » très complet. Un communiqué de presse positionne la fédération dans une démarche « innovante », en précisant que son affiche permet aux adhérents d'aller « *plus loin en termes de communication auprès de leurs patients que la simple mise à disposition voulue par la loi*¹ ».

Second exemple de ce travail d'accompagnement : le « *benchmarking* interne » aux Centres de lutte contre le cancer, orchestré par le département « qualité-indicateurs » de la FFCLCC. Cette démarche s'attache à comparer nominativement les résultats de tous les Centres, non seulement aux différents IQ d'Etat (TDP, DEC, DTN, TRD, DAN, score agrégé du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales), mais aussi à un certain nombre d'indicateurs spécifiques déployés en interne (médicament, satisfaction des patients, radiothérapie). Cette comparaison prend forme dans un « rapport d'analyse benchmarking » diffusé exclusivement auprès des Centres. Grand format et en couleur, le rapport agence un ensemble de « fiches techniques », présentant les différents IQ et leur méthodologie. La majeure partie de son volume est consacrée à une présentation graphique comparative : le détail des mesures est présenté sous la forme de « graphiques en toile d'araignée » ; l'intérieur de la couverture du document présente un « tableau de synthèse » comparant les 20 Centres ; cette comparaison générale est déclinée en finesse pour chaque IQ (voir figure 12 ci-après).

¹ Extrait du communiqué de presse *décret et arrêté publication des indicateurs qualité* (11/01/2010, site de la FEHAP).

Figure 12. Benchmarking sur l'indicateur de « traçabilité de la douleur » (TRD)



Légende accompagnant le graphique : « Chaque Centre est représenté par un rectangle correspondant à l'intervalle de confiance à 95% de la moyenne calculée. [...] ce rectangle est respectivement violet quand le résultat du Centre est dans l'intervalle [médiane des Centres +/- 10%] ; jaune quand le résultat du Centre est inférieur à la médiane des Centres moins 10% ; vert quand le résultat du Centre est supérieur à la médiane des Centres plus 10% ».

Ce travail de *benchmarking* interne illustre bien le degré d'expertise métrologique à l'intérieur de la FFCLCC. Il matérialise l'ambition de la fédération d'aller « au-delà » des exigences réglementaires en travaillant sur des mesures spécifiques à la cancérologie, en levant l'anonymat de ses Centres, et en construisant des représentations graphiques adaptées. Ce travail de benchmarking est également révélateur de la dimension normative des activités d'accompagnement de la FFCLCC : ce graphique permet de discriminer nominativement les Centres, « classés » verticalement, et dont l'identification est rendue visuelle par un code couleur qui permet d'identifier les « meilleurs » et les « moins bons ». On retrouve ici l'un des raisonnements du « sens commun réformateur » autour des IQ : afficher les écarts entre les Centres devrait aboutir à la mise en place de démarches d'amélioration dans les établissements les moins bien classés, susceptibles de s'inspirer des manières de travailler des « meilleurs » pour aboutir à une amélioration des résultats. Mais ce graphique matérialise aussi les efforts faits pour rendre cette normativité acceptable par les acteurs : il permet de « relativiser » les écarts, en comparant l'ensemble des Centres avec les autres établissements. Pour la grande majorité des IQ utilisés, cette comparaison met en valeur les Centres, qui sont mieux classés que les autres établissements. Ces activités d'accompagnement méthodologique ne sont pas neutres.

Une contribution au travail d'acculturation à l'évaluation

A travers des activités de ce type, sociétés savantes et fédérations hospitalières jouent un rôle similaire et complémentaire à celui des chercheurs-experts en matière d'acculturation des professionnels aux techniques et aux usages de la mesure. Comme les organismes régionaux de qualité dont l'action sera analysée dans le prochain chapitre, ces experts agissent « en aval » de la généralisation. Leur position intermédiaire leur donne des ressources pour se faire entendre des professionnels et pour les familiariser avec l'évaluation sans les brusquer.

Du côté des sociétés savantes, la SFAR a par exemple développé un projet d'accompagnement des trente établissements dont les résultats à l'indicateur DAN se révèlent atypiques¹. Les experts de la société savante préparent un « plan d'action » : il est prévu de proposer une analyse des difficultés et un soutien à l'amélioration des résultats. Comme le souligne avec humour un responsable de la SFAR, l'appartenance professionnelle des experts à l'élite scientifique de la discipline leur permet d'agir.

« On n'imagine pas que quelqu'un de la HAS aille voir l'un de ces trente établissements en disant "voilà, vous n'êtes pas terribles, la HAS va vous aider". Ils vont POUFFER DE RIRE, les gens ! S'énerver ! Alors que si c'est le Professeur "Machin", quelqu'un de connu, un collègue qui dit "écoutez les gars, je sais, chez nous aussi c'est dur, c'est chiant, je l'ai fait aussi, est-ce qu'on peut vous rencontrer pour savoir pourquoi vous avez des chiffres qui ne sont pas très bons, est-ce que c'est juste un problème technique, est-ce que vous avez besoin d'un coup de main"... » (Vice-président de la SFAR, entretien I-47)

En prise avec les critères de l'IQ qui ont été façonnés par la SFAR, les experts ont des arguments scientifiques et professionnels pour relayer l'indicateur DAN au plus près des anesthésistes « de terrain ». Ce registre argumentatif est palpable dans le discours tenu sur les critères les plus importants de l'indicateur, comme « l'évaluation des voies aériennes », qui permet de vérifier que l'anesthésiste a anticipé d'éventuelles complications pour intuber un patient à opérer.

« C'est un truc normalement qui devrait être 100%, et ça ne l'est pas... [...] C'est un des risques les plus GRAVES de l'anesthésie, quand vous endormez quelqu'un, si vous ne pouvez pas l'intuber, c'est-à-dire l'aider à respirer, il meurt en deux minutes ! Donc c'est une des PLUS GRANDES ANGOISSES qu'on a tous les jours au bloc opératoire. [...] Et comme dans un grand nombre d'établissements, la personne qui fait la consultation et donc qui évalue en préopératoire n'est pas la même que celle qui est au bloc opératoire... Si vous n'avez pas l'info, c'est quasiment trop tard. » (Vice-président de la SFAR, entretien I-47)

En abordant des questions cruciales de la prise en charge, les experts des sociétés savantes sont susceptibles de construire du sens pour les indicateurs et de familiariser les médecins à leurs critères.

Ce travail d'acculturation est tout aussi visible du côté des fédérations. Les acteurs en charge de la qualité considèrent souvent qu'il est nécessaire de porter la mesure de la qualité au-delà de ce que souhaiteraient leurs adhérents. Ils déploient un intense travail de conviction pour « vendre » les IQ à des acteurs professionnels parfois réticents. Plusieurs arguments sont par exemple mobilisés pour

¹ Il s'agit des établissements dont les résultats se révèlent sensiblement inférieurs à la moyenne nationale, ou dont les résultats ont diminué d'année en année là où les autres établissements ont, en moyenne, progressé de plus de 5 % par an.

« défendre » des indicateurs « de processus » donnant la part belle à la « traçabilité ». Les experts présentent ces IQ comme une « première étape » nécessaire quoiqu'insuffisante ; ils établissent le lien entre cette traçabilité et la « politique défensive » portée par les assurances face au risque médico-légal, ainsi qu'entre les enjeux de traçabilité et le contrôle de la qualité des codages réalisé par l'Assurance maladie autour de la tarification ; ils insistent surtout sur le caractère « inoffensif » de ces IQ en les distinguant fortement des indicateurs de mortalité utilisés dans certains palmarès.

« Beaucoup de médecins nous disent "c'est bien gentil, vos indicateurs, mais c'est indirect." Alors je leur dis "proposez-moi des indicateurs directs, j'en ai pas ! Ou alors, si vous voulez, on peut compter les morts". Et ça, ils n'aiment pas... [rires] » (Responsable du département « qualité-indicateurs », FFCLCC, entretien I-30)

Plus généralement, les experts des fédérations tâchent d'inciter les acteurs à s'engager plus avant dans la démarche de mise en transparence. Le « bien commun » des adhérents implique parfois de dépasser les réticences des établissements pour porter des démarches lourdes et coûteuses mais susceptibles d'améliorer la qualité des soins et d'être utilisées pour communiquer à l'échelle « fédération ». A la FFCLCC par exemple, la fédération exerce une forme de pression douce pour porter la levée de l'anonymat autour des IQ, alors même que chaque centre est formellement « propriétaire » de ses données. La responsable du département « qualité-indicateurs » fait feu de tout bois pour convaincre les gestionnaires d'aller le plus loin possible dans la démarche de transparence.

« Notre politique c'est de dire "vous avez intérêt à montrer, même si les résultats ne sont pas bons, parce que les autres, ils ne montrent rien du tout ! Au moins, en montrant, vous assumez ! Et puis, montrer quand même que notre moyenne est toujours meilleure que celle des autres, ça fait pas de mal à l'ego. Et en termes de communication, c'est bien. » (Responsable du département « qualité-indicateurs », FFCLCC, entretien I-30)

Elle s'attache également à « apprendre » aux acteurs des Centres à interpréter les résultats de la démarche de *benchmarking* : là où les directeurs ont une tendance à vouloir « converger vers la moyenne », elle tient un discours plus ambitieux sur une progression continue et l'atteinte du *Gold Standard*. Acculturer les professionnels à l'auditabilité, c'est aussi argumenter la modération des discours critiques, pour préserver l'image de marque innovante des Centres.

« Quand le Parisien a sorti son palmarès, j'ai passé une mauvaise soirée ! [rires] Ils étaient furieux ! "C'est n'importe quoi, moi je le dis !" . Il faut leur expliquer que ce n'est pas la bonne stratégie. "Vous avez des arguments pour vous défendre, mais il faut faire une analyse méthodologique, et pas une réaction à chaud". [...] On voulait surtout éviter qu'on se positionne en critique non construite de la démarche. [...] J'ai un rôle de modérateur. » (Responsable du département « qualité-indicateurs », FFCLCC, entretien I-30)

Pour les institutions publiques, aider les sociétés savantes et les fédérations hospitalières à s'approprier les données des IQ constitue un bon moyen d'en faire un « relais » professionnel, susceptible d'amortir le « choc » de l'évaluation externe et de la mise en transparence des résultats de la mesure. Ce travail d'acculturation est assumé par les experts, eux-mêmes convaincus de l'utilité des IQ pour améliorer la qualité et pour communiquer. Il les place parfois dans une position hiérarchique qui ne dit pas son nom, mais qui leur est bien rappelée par les acteurs hospitaliers qu'ils représentent.

« Si vous allez rencontrer des Centres, vous allez sûrement avoir des gens dans la salle qui vont dire "la fédération, c'est une tutelle", mais moi je me bats quand même beaucoup contre cette image... [...] Je passe mon temps à leur rappeler qu'on travaille pour eux ! C'est eux qui nous payent ! Alors ne parlons pas de "siège", hein [rires]. On n'a pas de hiérarchie, ça s'appelle pas un siège. Et à mon avis, c'est un des facteurs clé de réussite : travailler "au service de"... Alors c'est théorique, hein, parce qu'ils ont quand même du mal à nous dire non... » (Responsable du département « qualité-indicateurs », FFCLCC, entretien I-30)

Dans le cas de la FFCLCC, ce travail « d'accompagnement » sur la qualité constitue un levier privilégié pour les acteurs du niveau « fédération » pour accompagner en douceur un mouvement d'intégration qui induit un contrôle croissant par les acteurs transversaux du groupe sur les Centres : la qualité est aussi un moyen pour les acteurs de la fédération d'exister par rapport aux établissements qu'ils représentent.

Une contribution au travail idéologique

Le chapitre précédent a analysé la manière dont les chercheurs-experts mettent en contact les professionnels avec la démarche institutionnelle à travers un travail « idéologique » qui présente l'auditabilité de la qualité hospitalière comme un phénomène inexorable. Les experts des fédérations et des sociétés savantes médicales contribuent d'une manière très similaire à ce travail idéologique : ils servent de relais au « sens commun » institutionnel autour des IQ d'Etat.

C'est parfaitement visible dans les publications des fédérations, comme l'illustre par exemple le dossier intitulé *le Secteur privé non lucratif : la qualité en permanence !* (FEHAP, 2009). Sur un volume de cinq pages, le dossier consacre deux pages à un entretien avec la chef du bureau « qualité et sécurité des soins » de la direction de l'hospitalisation au ministère de la Santé, qui présente le tableau de bord des infections nosocomiales, et deux pages à « l'évolution des indicateurs de qualité », qui présentent la démarche de la Haute Autorité de santé. Le dossier ne manque pas de souligner que « *la qualité est reconnue aujourd'hui comme un enjeu collectif par l'ensemble des acteurs du domaine de la santé et durant la dernière décennie, les démarches d'évaluation [...] ont connu un essor important. L'utilisation des indicateurs [...] a montré sa réelle valeur ajoutée en matière d'amélioration continue de la qualité* » (FEHAP, 2009, p. 41). Les experts des fédérations, intimement convaincus de ce caractère inexorable de l'évaluation et de la transparence à l'hôpital, expliquent qu'ils portent ce message auprès des professionnels.

« Une phrase que je prononce souvent : "c'est fini, la boîte noire". C'est fini de dire "on rentre dans le système hospitalier d'une certaine façon, on en sort de l'autre, on n'a rien à demander sur ce qui s'est passé". Aujourd'hui, c'est plus comme ça, la société n'accepte plus. [...] Aujourd'hui on n'a plus des patients, on a des usagers...» (Responsable du département « qualité-indicateurs », FFCLCC, entretien I-30)

De la même manière, les sociétés savantes qui collaborent avec la démarche institutionnelle se font les relais de l'auditabilité auprès des praticiens de leurs spécialités. Les experts de la SFAR ont par exemple décidé de mobiliser tous les canaux de communication possibles pour « sensibiliser » les

praticiens au sujet de l'IQ de tenue du dossier anesthésique (DAN) : en plus d'éditoriaux et d'articles dans ses revues, il est prévu que la SFAR demande à tous les organisateurs de congrès d'anesthésie-réanimation en 2012 d'insérer dans leur programme un sujet relatif à certains critères de l'indicateur. La SFAR relaie également le discours de la HAS sur le « webzine » de cette dernière, à travers deux courtes vidéos mettant en scène le nouveau président de la société savante. L'une de ces vidéos est intitulée *Analyse des indicateurs IPAQSS : quels objectifs pour la profession et les établissements de santé ?* Le président de la SFAR commence par revendiquer au nom de la spécialité la paternité de cet IQ, en affichant la « fierté » pour la spécialité de voir son travail « repris » par la HAS, avant d'insister sur les bons résultats de la spécialité et leur évolution favorable. Il s'attache ensuite à « vendre » l'indicateur DAN aux professionnels, en luttant contre son image d'indicateur « administratif » et en soulignant l'intérêt pour la « sécurité du patient » du critère d'évaluation des voies respiratoires. Cette mise en scène permet un jeu de légitimation croisée entre la SFAR et la HAS : cette dernière leur donne une tribune pour qu'ils puissent revendiquer « l'avance » de leur spécialité ; ces derniers soutiennent publiquement DAN et s'attachent à démontrer son utilité.

« La notion d'indicateur était probablement impensable il y a 15 ans. [...] [Aujourd'hui], vous ne trouverez personne qui dit que c'est un scandale que la HAS ait un indicateur [DAN]. Ca vous amuse ou ça vous emmerde, mais tout le monde trouve que c'est logique. En tout cas dans notre discipline. »

Vice-président de la SFAR, entretien I-47

A travers leurs activités de « courtier » et de « généraliste » (Nay et Smith, 2002), les experts qui se sont investis sur le thème de la qualité à l'intérieur des sociétés savantes et des fédérations hospitalières contribuent activement à construire deux aspects cruciaux de l'acceptabilité des indicateurs. Leurs activités de négociation « en amont » permettent de façonner l'acceptabilité des IQ d'Etat telle qu'elle est matérialisée dans l'instrumentation elle-même. Leurs activités pratiques « en aval » permettent aux IQ d'être des instruments « acceptés », dans une certaine mesure, par les professionnels des établissements. Evidemment, ces deux dimensions cruciales du travail intermédiaire se déploient en parallèle et se nourrissent mutuellement. La capacité des experts à porter des usages professionnels des mesures en aval réside largement dans les caractéristiques qui les rendent acceptables telles qu'elles ont été bâties en amont. Inversement, les activités d'accompagnement méthodologique des établissements permettent aux experts de prendre conscience de ce qui est acceptable et de ce qui ne l'est pas pour les professionnels. Ces différentes activités ont pour conséquence de renforcer ces étranges intermédiaires, stratégiquement situés à l'interface de l'univers institutionnel et de l'univers professionnel, qui vivent de leur capacité à faire circuler verticalement les instruments et les logiques dont ils sont chargés.

Conclusion : le travail de négociation comme mode d'intégration

« Etablir le consensus, c'est mon métier ! »

Expert de la qualité au sein d'une fédération

*« La puissance publique peut dire : "mais dites-donc, vous contestez ça ?!
Mais pas du tout, on vous a consulté, vous avez pris la décision !"... »*

Entretien avec un membre du Collège de la HAS

Les représentants des acteurs hospitaliers ont considérablement évolué depuis le positionnement qui était le leur à la fin des années 1990. La figure des « résistants » semble bien affaiblie : les discours en opposition totale avec le « contrôle externe » apparaissent à la fin des années 2000 sérieusement émoussés et délégitimés. La figure des « stratèges » ne s'est pas complètement effacée : ceux qui étaient les « pionniers » de l'évaluation médicale dans les années 1990 sont toujours positionnés de manière stratégique sur la qualité et sa mesure. Néanmoins, la concurrence entre démarches professionnelles autonomes et démarches institutionnelles qui caractérisaient la seconde moitié des années 1990 (Robelet, 1999) a laissé la place à une intégration sous tension des démarches professionnelles dans une démarche institutionnelle contraignante, dont le contrôle échappe désormais aux seuls représentants de la profession (Benamouzig et Pierru, 2011). Mais cette intégration n'est possible que par la fabrication d'un « compromis » entre institutions de régulation et professionnels de santé, qui est le fruit d'un travail actif. C'est ainsi la figure d'intermédiaires qui forgent ce « compromis » qui correspond le mieux aux activités de ces acteurs.

Si les acteurs institutionnels et les chercheurs-experts s'attachent à engager ces représentants dans l'élaboration et la diffusion des IQ, c'est parce que ces derniers sont les mieux placés pour construire leur « acceptabilité » professionnelle. Le soutien formel de ces représentants se révèle capital pour empêcher l'émergence de conflits institutionnels à forte visibilité¹ autour de la généralisation des indicateurs d'Etat, en limitant les tensions à des controverses techniques ou relatives à la « charge de travail » pour les établissements. En faisant un usage subtil du motif de l'auditabilité des hôpitaux à leurs propres fins, ces acteurs intermédiaires contribuent à véhiculer l'entreprise de rationalisation par les IQ auprès de leurs adhérents. Dès lors qu'ils s'engagent, ils la renforcent et contribuent à construire son irréversibilité. Garants de l'intérêt des acteurs hospitaliers « en amont » de la construction des IQ, ils se font aussi des relais « en aval » de la rationalisation par les IQ auprès des gestionnaires d'établissements et des médecins. En d'autres termes, par leurs activités de négociation, ces représentants des professionnels secrètent, eux-aussi, une intégration institutionnelle des professionnels qui ne se résume pas à l'usage des indicateurs de gestion par la bureaucratie

¹ Cette conflictualité est plus visible dans les négociations et les prises de position autour du déploiement de la tarification à l'activité hospitalière. Dans les cas étudiés ici, les tensions qui ont émergé autour de l'indicateur de satisfaction des patients (avec la FHP), ou autour de l'indicateur de tenue du dossier anesthésique (avec la SFAR) n'ont pas remis en cause le « soutien » officiel de ces acteurs au déploiement des IQ d'Etat.

(Benamouzig et Pierru, 2011). Le compromis institutionnel qu'ils forgent prend la forme matérielle d'une instrumentation aux caractéristiques singulières : des IQ métrologiquement robustes, porteurs d'une charge normative, néanmoins équipés d'une certaine plasticité cognitive et déployés autour d'usages équivoques.

Evidemment, ces intermédiaires ne forgent pas le compromis par une action isolée, mais au cours de leurs interactions suivies avec de nombreux autres acteurs. Le mode d'action « prudent » des réformateurs institutionnels a constitué une condition *sine qua non* de leur engagement. La « validité métrologique » des IQ, dont la construction a été opérée par les chercheurs-experts, a permis de protéger les instruments des critiques méthodologiques qui avaient décrédibilisé les palmarès hospitaliers et n'auraient pas manqué de susciter des conflits avec les professionnels. Tous les acteurs intermédiaires de la nébuleuse conjuguent leur action pour légitimer les IQ d'Etat et les déployer auprès des professionnels. Le chapitre 6 étudie les activités complémentaires d'un dernier ensemble d'intermédiaires de la nébuleuse autour des IQ, qui œuvrent au plus près des professionnels en région.

Chapitre 6. Entre « injonction » et « accompagnement » Le travail de déploiement régional des indicateurs d'Etat

*« Vous ne pouvez pas avoir une politique si vous n'avez pas une exigence [...].
TAC [Il frappe sur le bureau avec son poing]. »*

Directeur de l'ARH d'Aquitaine, entretien I-4

*« Le but du Réseau Qualité, c'est pas de "faire à la place" des établissements,
c'est de "faire faire", de mutualiser, d'exploiter les compétences. Petit à petit,
les établissements s'acculturent. »*

Directeur du Réseau Qualité de Franche-Comté, entretien collectif I-46

Comment les IQ d'Etat « validés » et « acceptables » sont-ils portés à l'échelle régionale ? Ce chapitre achève l'analyse de la nébuleuse autour des IQ en étudiant les activités par lesquelles des intermédiaires régionaux déploient les indicateurs au plus près des acteurs hospitaliers.

Depuis les années 1990, la région est considérée comme l'échelle territoriale la plus pertinente pour le pilotage de l'action publique sanitaire (Schweyer, 1998). Pour certains auteurs (Benamouzig et Pierru, 2011), le déploiement d'un nombre croissant d'instruments d'évaluation de l'activité et de la qualité a tendance à « [réduire] les asymétries d'information entre les tutelles et des établissements qui s'en trouvent plus directement intégrés dans une chaîne hiérarchique » (p. 331). Les IQ d'Etat, en équipant la démarche de contractualisation entre les différents niveaux de l'action publique, sont susceptibles de participer au renforcement du contrôle exercé par les institutions sur les activités professionnelles locales. Pourtant, la capacité des IQ à se faire une place dans le paysage institutionnel régional ne va pas de soi. Comme l'ont bien établi les travaux qui se sont intéressés à la « mise en œuvre » des politiques publiques, les acteurs administratifs intermédiaires sont loin de constituer une « courroie de transmission » neutre et systématique des « décisions » prises à l'échelle nationale. Au contraire, ils sont bien souvent dotés d'une marge de manœuvre importante dans la déclinaison locale des politiques, dont « l'implémentation » (Pressman et Wilsdowsky, 1973) est toujours marquée par des incertitudes et des jeux de pouvoir informels (Crozier et Friedberg, 1977). Les échelons intermédiaires de l'action publique peuvent même en venir à défendre les intérêts des acteurs locaux destinataires des politiques davantage que les projets qu'ils sont censés mettre en œuvre (Selznick, 1949).

Dans quelle mesure les institutions régionales de régulation de l'hôpital s'emparent-elles des indicateurs d'Etat ? Sont-ils mobilisés pour renforcer le contrôle de l'administration centrale sur les activités des professionnels dans les établissements ? Pour le comprendre, il est nécessaire d'aller au-delà d'une analyse formelle des missions des acteurs administratifs, afin d'analyser le fonctionnement de l'action publique « au concret » (Padiou, 1982) à l'échelle régionale, en menant l'enquête auprès des acteurs étatiques et non étatiques susceptibles de s'emparer des IQ d'Etat. Le déploiement de

l'instrumentation d'Etat gagne alors à être qualifié comme un *travail opérationnel*, qui s'épanouit dans l'interaction entre les intermédiaires régionaux, les institutions nationales et les professionnels.

Pour saisir ce travail de déploiement en action, ce chapitre s'appuie sur les données empiriques collectées dans quatre régions françaises¹. Après avoir établi les ressorts d'un déploiement institutionnel inégal mais croissant des IQ par les Agences régionales (1), nous étudierons le travail de déploiement en douceur qui caractérise les activités d'étranges « organismes régionaux de qualité » qui émergent aux côtés des institutions de tutelle régionale (2). Ce chapitre permettra d'apporter un dernier élément de réponse à la question centrale de cette partie de la thèse. Comment les IQ sont-ils légitimés et déployés par les intermédiaires entre institutions et professionnels ? Nous soutiendrons que la place des IQ à l'échelle régionale ne repose pas sur le seul essor de formes contractuelles renforçant l'emprise des Agences régionales, mais plutôt sur l'articulation en tension de deux formes de travail opérationnel, articulant « injonction » administrative et « accompagnement » des professionnels. En amortissant la confrontation entre logiques institutionnelles et logiques professionnelles, ce travail de déploiement est un troisième mode d'intégration des professionnels au sein de la dynamique institutionnelle de régulation de l'hôpital.

1. Les ressorts d'un déploiement institutionnel régional inégal mais croissant

De quelle manière les tutelles régionales, rouages hiérarchiques intermédiaires entre l'administration centrale et les acteurs hospitaliers locaux, font-elles usage des IQ d'Etat ? Dans un contexte de profonde mutation de leurs missions et de leur organisation, l'usage des IQ par les Agences régionales suscite des espoirs mais demeure limité dans la plupart des cas (1). La politique qualité « bricolée » de l'Agence de Rhône-Alpes permet de comprendre les ressorts d'un déploiement embryonnaire des IQ (2), alors que le cas de l'Agence d'Aquitaine permet de saisir les ressorts d'un déploiement « autoritaire » dans le cadre d'une réappropriation stratégique (3).

1) Des institutions régionales en mutation

Les années 2009-2012 constituent une période charnière pour les Agences des 26 régions françaises, accaparées par la transformation de leurs contours. Leur capacité à s'emparer effectivement de leur nouvelle mission concernant la qualité demeure incertaine.

¹ Les différentes régions ont donné lieu à une investigation empirique inégale. Des données assez précises ont été collectées en Aquitaine, région « pilote » en matière d'évaluation de la qualité (14 entretiens et 1 observation). L'enquête dans les autres régions a été plus superficielle (2 entretiens en Rhône Alpes, 1 entretien collectif en Franche Comté, 1 entretien collectif en Auvergne). Prises ensemble, ces données empiriques disparates permettent d'éclairer les enjeux du travail régional de déploiement des IQ d'Etat, dès lors qu'il ne s'agit pas de comparer les situations régionales terme à terme mais de saisir la dynamique d'ensemble à travers quelques-unes de ses variations.

Régionalisation de la régulation et essor de la contractualisation

La régionalisation de l'action publique sanitaire a pris son essor dans les années 1990 (Schweyer, 1998). La réforme de l'assurance-maladie du 24 avril 1996 a déconcentré la gestion de l'hospitalisation publique et privée au niveau régional, invitant services régionaux de l'Etat et de l'Assurance maladie à se rapprocher au sein des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH¹), groupements d'intérêt public chargés de restructurer le secteur hospitalier. Entre 1996 et 2009, ce sont ces agences qui ont dû faire évoluer l'offre de soins de leur région en adéquation avec les ressources disponibles et les besoins des populations du territoire, en s'appuyant notamment sur les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). La fin des années 2000 marque une étape supplémentaire dans la direction d'une régionalisation accrue des politiques sanitaires. Si les missions des Agences sont reconduites par la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) de 2009, celle-ci modifie profondément les contours et les missions de la tutelle régionale, en créant les Agences régionales de santé (ARS), établissements publics administratifs dont le champ de compétence est étendu aux secteurs de la médecine ambulatoire et du médico-social. Le rapport Ritter, qui préfigure en 2008 la réforme à venir, affiche deux mots d'ordre : « *un pilotage unifié et responsabilisé du système territorial de santé* » (Ritter, 2008, p. 1), afin de lutter contre plusieurs « défauts importants » de l'organisation du « pilotage » du système sanitaire, parmi lesquels le cloisonnement des acteurs, l'articulation insuffisante entre le niveau central et le niveau territorial et une mauvaise intégration des politiques de santé et de maîtrise des dépenses. En accentuant la régionalisation, la réforme est censée donner de la cohérence au système de santé, intégrer davantage les services régionaux de l'Etat et de l'Assurance Maladie et doter la tutelle régionale de meilleures capacités à tenir des objectifs d'efficacité et d'efficience de l'offre de soins (Ritter, 2008, p. 24), afin d'en faire un véritable échelon de l'action publique sanitaire, capable de déployer en région la politique nationale.

La réforme induit également la montée en puissance de la « contractualisation », mobilisée d'une part dans la relation hiérarchique qui lie les Agences régionales au ministère, autour de grands objectifs chiffrés à atteindre dans chaque région, et d'autre part dans les relations entre les Agences régionales et les directions des établissements. Depuis 1996, les Agences régionales peuvent signer des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les établissements, intégrant des objectifs d'efficience et de transformation de leurs activités. Disposant d'une certaine liberté dans l'élaboration de ces contrats, les Agences sont susceptibles d'y intégrer le suivi d'une variété d'indicateurs de gestion, d'activité ou de performance (J.-C Moisson, 2000a, 2000b). La loi HPST formalise davantage cette relation contractuelle (Ritter, 2008, p. 31) alors même que les marges de

¹ Les ARH sont créées par l'ordonnance n° 96-346, titre IV, appartenant aux ordonnances dites « Juppé ».

manœuvre des Agences régionales dans la dotation des établissements diminuent en raison de la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) depuis 2004¹.

La place incertaine de l'évaluation de la qualité dans le pilotage institutionnel régional

La période 2009 - 2012 constitue également un tournant dans le rôle que doivent jouer les Agences régionales dans le domaine de « la qualité des prises en charge ». La loi HPST prévoit l'intégration obligatoire des objectifs de qualité et de sécurité des soins définis dans la procédure de certification de la HAS dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) de nouvelle génération. Fin 2011, le ministère donne corps à cette intention législative en publiant une circulaire² relative au guide d'élaboration des CPOM, accompagnée d'un guide méthodologique. Ces documents formalisent et standardisent les différentes composantes des contrats qui doivent être signés courant 2012 et orienter l'action pour cinq ans. La qualité et la sécurité des soins y figurent en bonne position, sous la forme de « l'annexe 3 » de la catégorie des « orientations stratégiques » qui comprend l'intégralité des IQ généralisés par l'Etat depuis le milieu des années 2000 (DGOS, 2012, p. 28-32). L'Agence régionale est présentée par les réformateurs comme l'institution la plus à même d'utiliser les informations données par les IQ « validés » à des fins de pilotage et de régulation. On retrouve ici le raisonnement fortement influencé par la « théorie de l'agence » mis en évidence dans le chapitre 3 : couplés à des incitations ou des sanctions, les IQ devraient permettre de lutter contre les asymétries d'information et de rationaliser le système de soins.

En dépit des espoirs suscités par cette intégration des IQ dans la contractualisation régionale, les acteurs institutionnels nationaux rencontrés regrettent que la plupart des Agences régionales ne s'approprient pas véritablement les indicateurs. Cette « non-utilisation » est même souvent présentée comme l'une des « faiblesses » majeures du dispositif.

« Officiellement, [les résultats] sont intégrés dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des ARS... Mais ils cherchent leurs marques. [...] Aujourd'hui, malheureusement, ce n'est pas tout à fait réglé. » (Membre du collège de la HAS, entretien I-36, 2011)

Les usages encore balbutiants de ces IQ et les difficultés pour harmoniser les pratiques de contractualisation des Agences régionales ont d'ailleurs poussé le ministère à publier en 2012 un « guide méthodologique » consacré aux CPOM. Un faisceau d'indices accumulés au cours du travail d'enquête plaide en faveur de cette impression des réformateurs : à l'exception notable de l'Aquitaine, les tutelles régionales sont complètement absentes du corpus consacré aux IQ ; leurs organigrammes

¹ Entre 1996 et 2003, les ARH disposaient de larges marges de manœuvre dans la dotation. La mise en œuvre de la T2A a eu pour conséquence de centraliser en grande partie la dotation au niveau du ministère : « la généralisation de la T2A induit une évolution du rôle des ARH qui passent ainsi d'une fonction principale d'allocation de ressources à celle de régulation fondée sur l'orientation de l'offre, la contractualisation et le contrôle de l'efficacité financière » (Ritter, 2008, p. 20).

² Circulaire N° DGOS/PF3/2012/09 du 10 janvier 2012.

ne permettent pas aisément d'identifier les acteurs à contacter au sujet de « la qualité »¹ ; un entretien collectif réalisé en Auvergne en 2010 a été l'occasion de confirmer le peu d'usage fait par l'ARH des IQ ; les informations collectées auprès des organismes régionaux de qualité en Loire Atlantique et en Franche Comté lors de deux entretiens réalisés en 2010 indiquent que les Agences régionales n'intègrent qu'à la marge la qualité et les IQ d'Etat dans leur contractualisation.

C'est dans ce contexte de mutation importante, inachevée et aux effets encore incertains (Tabuteau, 2010) qu'a été réalisée l'enquête institutionnelle : entre 2009 et 2010, les acteurs de chaque région se préparaient progressivement au passage en ARS ; entre 2010 et 2012, les nouvelles ARS prenaient leurs marques. Au cours de cette période charnière, l'investissement de la qualité par les tutelles régionales semble pour le moins incertain. L'enquête auprès de deux Agences, en Rhône-Alpes et en Aquitaine, permet de souligner le contraste dans ce travail de déploiement des IQ.

2) Le cas typique d'un déploiement embryonnaire : l'Agence de Rhône-Alpes

Le cas de l'ARH de Rhône-Alpes est typique d'une situation dans laquelle les IQ d'Etat font l'objet d'une appropriation limitée quoique croissante.

Les limites d'un pilotage régional « bricolé » de la qualité

L'Agence de Rhône Alpes est la plus importante en termes d'effectifs et de budgets après celle d'Ile-de-France¹. Pourtant, l'organigramme de l'ARH ne formalise aucun poste directement dédié à la question de la « qualité ». C'est un duo de « chargés de mission » qui s'est investi dans l'évaluation de la qualité hospitalière, par intérêt personnel plus que par le biais d'une quelconque imposition hiérarchique. Respectivement médecin généraliste et infirmière de formation, ces deux acteurs sont des professionnels qui se sont éloignés progressivement de la pratique pour s'investir dans des activités d'encadrement, de gestion et de formation. Tous deux ont rejoint la tutelle régionale au milieu des années 2000 : l'un est en charge de l'évaluation du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) et du suivi des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), l'autre s'occupe des projets d'efficience et du suivi de l'accréditation des établissements de la région. La qualité s'apparente à un aspect peu formalisé de leurs missions, et n'occupe qu'une partie de leur temps. Tous deux ont toutefois développé une « appétence » personnelle pour les démarches qualité.

Depuis leur arrivée à l'ARH, ces deux acteurs ont progressivement « bricolé », avec « les moyens du bord » une évaluation de la qualité des établissements de leur région. Il s'agit surtout de

¹ Il s'est révélé délicat de réaliser des entretiens au sujet des « indicateurs de qualité » avec les Agences régionales sollicitées dans plusieurs régions. Cette difficulté s'explique probablement par la période de bouleversements peu favorable à ce type de requête, mais aussi à une certaine « gêne » des acteurs régionaux à propos d'un thème sur lequel ils ont une responsabilité formelle depuis la loi HPST mais qu'ils n'ont pas encore déployé dans leur politique.

définir des critères à l'aune desquels réaliser le suivi et l'évaluation du SROS : tous les cinq ans, l'Agence doit planifier les activités de soins en fonction des ressources et de l'évolution des besoins des territoires qu'elle couvre. Cela suppose de définir des objectifs à atteindre et de décliner ces objectifs dans la contractualisation avec les établissements, de manière à les inciter à transformer leurs activités dans un sens favorable au schéma régional. Pour la période 2006-2011, l'ARH a décidé d'intégrer un ensemble d'indicateurs « maison » pour réaliser à la fois le suivi du SROS et des CPOM. Ces indicateurs sont collectés et calculés à travers un questionnaire en ligne auquel répond chaque établissement de la région. Au fil du temps, le questionnaire s'est étayé pour atteindre une centaine d'indicateurs, dont une vingtaine qui évaluent la « qualité » (voir encadré 23).

Encadré 23. Quelques indicateurs de qualité « maison » de l'ARH Rhône-Alpes

Qualité 4 : score (0 à 4) atteint par votre établissement dans l'évaluation de la pertinence des pratiques professionnelles ?

1. La pertinence des hospitalisations est-elle évaluée?
2. La pertinence des actes à risque est-elle évaluée?
3. La pertinence des prescriptions est-elle évaluée?
4. La pertinence des examens de laboratoire et des examens d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle est-elle évaluée?

Qualité 7 bis : score (0 à 4) atteint par votre établissement (HAD) pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur ?

1. Une concertation est-elle organisée entre les professionnels pour améliorer la prise en charge de la douleur selon les recommandations de bonne pratique ?
2. Le patient est-il impliqué et participe-t-il à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est-elle évaluée périodiquement ?
3. Les professionnels salariés sont-ils formés à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur ; professionnels libéraux sensibilisés?
4. La disponibilité des traitements prescrits est-elle assurée en permanence ?

Qualité 9 : nombre d'Equivalent Temps Plein en médecin et/ou pharmacien spécifiquement dédiés à la lutte contre les infections nosocomiales dans votre établissement ?

Ces indicateurs « maison » sont loin de présenter les caractéristiques « métrologiques » des IQ d'Etat. Ils sont calculés à partir de la réponse déclarative des établissements à une série de questions simples. Si certains évoquent des thématiques que l'on retrouve dans les IQ d'Etat, seul le score ICALIN est directement mobilisé. Les acteurs de l'ARH considèrent que l'un des points forts de leur démarche « bricolée » est qu'elle parvient à un bon taux d'exhaustivité des réponses, avec près de 95% de répondants². Ces résultats permettent aussi de nourrir les CPOM.

Ce bricolage régional a toutefois aussi de sérieuses limites aux yeux des acteurs de l'ARH : ces résultats se révèlent difficiles à utiliser véritablement pour contractualiser sur la « qualité » avec chaque établissement. D'abord, parce que l'ensemble des réponses au questionnaire des 250

¹ La région Rhône Alpes comprend 10% de la population française. L'offre de soins y est importante.

² Le fait que les indicateurs aient été définis par les groupes de travail professionnels du SROS constitue un gage de leur acceptabilité. Un mécanisme d'intéressement a par ailleurs été mis en place en 2009 pour valoriser la réponse au questionnaire : il prend la forme d'un « bonus » de 0,01% de la part des enveloppes perçue par chaque établissement.

établissements de la région donne lieu à un fastidieux travail de codage¹ dans un volumineux tableau « artisanal », qui permet de réaliser le suivi de l'ensemble des indicateurs mais ne permet pas de rendre très présentables les données spécifiques à chaque établissement. Les établissements peuvent consulter l'ensemble des résultats pour la région depuis le site Internet de l'ARH mais ne disposent d'aucune facilité pour analyser leurs propres résultats. Ensuite et surtout, parce que les équipes territoriales de l'Agence n'ont pas relayé ce dispositif dans le suivi des contrats avec les établissements. Il était prévu que chaque établissement s'appuie sur ses résultats au questionnaire pour rédiger une courte note de synthèse, analysant les points problématiques. Cette note devait être envoyée à la délégation territoriale chargée de l'ensemble des contrôles de conformité, susceptible d'avoir une connaissance fine des établissements. La « revue annuelle des contrats » devait permettre de « contrôler » les données et d'engager un véritable dialogue sur le thème de la qualité. Mais les « équipes de bassin » ne se sont pas saisies du dispositif.

L'intégration imparfaite des différents niveaux territoriaux de l'ARH et la perturbation temporaire liée à la transformation en ARS constituent deux facteurs explicatifs de ces difficultés. Le cas de l'Agence de Rhône Alpes permet toutefois de saisir un ressort plus général des difficultés des Agences à se saisir de la qualité de manière autonome. La qualité apparaît à la fin des années 2000 comme le « parent pauvre » de la contractualisation par rapport aux enjeux financiers.

« Aujourd'hui, les établissements sont payés à l'activité, et pas à la qualité ! La revue annuelle des contrats, c'est le seul moment où on peut parler "qualité". Les autres moments, on est pris dans des discussions d'équilibre financier, de budget, de postes... [...] Il faut qu'on fasse un effort pour relier tout ça, qui ne peut se faire que si les équipes de bassin reçoivent les établissements pour les questionner, les mettre en cause, les rassurer ou les féliciter. [...] Comme il n'y a pas de traduction immédiate financière, on ne peut rien faire d'autre que leur dire "c'est bien". » (Chargé de mission de l'ARH Rhône-Alpes, entretien collectif I-6)

Dans le système de tarification actuel, la qualité est « comprise dans le prix », elle ne fait donc pas spontanément l'objet d'une mesure utilisée dans les négociations, et reste pour cette raison largement découplée des pratiques des acteurs qui en sont chargés. Les deux acteurs de l'ARH ont beau s'échiner à construire un lien entre ces aspects, ils sont quelque peu démunis pour bâtir des outils informatiques capables de soutenir et de solidifier cette démarche et pour parvenir à imposer un usage fort de leurs indicateurs « maison » qui apparaissent bien précaires face aux dimensions davantage formalisées et équipées de la régulation financière et de l'activité à travers le PMSI. Dans ces conditions, ce « pilotage bricolé » de la qualité entre en tension avec l'essor des IQ d'Etat.

La place embryonnaire des IQ d'Etat dans le pilotage régional

Les deux chargés de mission à l'ARH ont une certaine connaissance des IQ généralisés par l'Etat. En 2010, ces indicateurs sont surtout perçus comme l'avatar d'un ensemble plus vaste

¹ Chaque année, ce codage prend environ un mois de travail à temps plein à l'un des deux acteurs de l'ARH.

« d'indicateurs nationaux » qui viennent perturber le travail à l'échelle de la région. Les acteurs de l'ARH dénoncent d'abord le caractère pléthorique et incohérent des mesures qu'ils doivent collecter pour le compte des institutions nationales, dans le domaine de la gestion des risques, de la vigilance, de l'efficience, ou encore des ressources humaines. Ils regrettent de devoir alourdir le recueil d'informations auprès des établissements sans que ces informations ne puissent véritablement donner lieu à des actions d'analyse ou d'amélioration. Au sein de cet ensemble pléthorique de mesures, les IQ d'Etat font ensuite l'objet de plusieurs critiques : leur caractère « novateur » par rapport aux démarches d'évaluation professionnelle est remis en question ; l'évaluation des processus est critiquée pour son formalisme ; les mesures sont accusées d'être découplées des pratiques médicales. La « validité » de certains de ces IQ est remise en cause : l'indicateur de tenue du dossier patient (TDP) est critiqué pour être construit à partir de l'analyse du même nombre de dossiers dans les petits établissements que dans les CHU ; l'indicateur de consommation de solutions hydroalcooliques (ICSHA) est attaqué sur son mode de calcul, qui évalue le volume d'achats et non l'usage pertinent.

Cette vision critique des IQ d'Etat est nourrie par des appréhensions à la veille de la transformation de l'ARH en ARS : il est prévu que l'action de chaque Agence régionale soit évaluée en termes d'atteinte d'objectifs chiffrés correspondant aux priorités nationales de santé publique. Les deux chargés de mission redoutent la mise en œuvre du déploiement d'une forme de « politique du chiffre » limitant l'autonomie de l'agence dans la définition de ses priorités régionales.

« Au début, chaque ARH était maître de ses mouvements dans une politique définie régionalement. Mais on a de moins en moins de marges de manœuvre ! [...] Les indicateurs sont devenus un instrument de pouvoir. On fait un empilement pyramidal, et on doit répondre. [...] Comme les grands prêtres qui allument des feux pour les dieux parce que l'avenir de Rome est en danger... » (Chargé de mission de l'ARH Rhône-Alpes, entretien collectif I-6)

Ces anciens professionnels regrettent le caractère contraignant et formel de cette politique de *reporting* à laquelle ils sont obligés de participer alors qu'ils considèrent plus intéressant « d'accompagner » les établissements dans une progression sur telle ou telle mesure.

« Cet état d'esprit de tutelle autoritaire qui nous tombe dessus et qu'on répercute selon nos sensibilités, il provoque des méfiances et des freins véritables. [...] C'est "la circulaire", "vous n'êtes pas conforme, ça va pas, gnagnagna", on est dans cette procédure de conformité/contrôle... [...] L'évaluation ne veut plus tellement dire ce que l'établissement a voulu faire. » (Chargé de mission de l'ARH Rhône-Alpes, entretien collectif I-6)

En un mot, les deux chargés de mission mobilisent tout un ensemble d'arguments pour faire part de leur grande méfiance vis-à-vis d'une mesure d'Etat qui est menaçante pour l'autonomie de la tutelle régionale et pour l'accompagnement des établissements.

Il faut toutefois se garder de conclure trop rapidement à un total découplage entre les IQ d'Etat et cette démarche autonome. Paradoxalement, les acteurs de l'agence se montrent ouverts par rapport à une utilisation croissante de certains de ces IQ d'Etat. Ces « artisans » de la qualité reconnaissent un besoin d'outils « clés en main » qui permettraient de renforcer leur démarche. Ils se sont inspirés des

travaux du projet COMPAQH dans la création de certains des IQ « maison » : l'intérêt de l'un de ces chargés de mission pour l'enjeu de la dénutrition des personnes âgées l'a par exemple incité à reprendre des mesures utilisées dans le cadre de l'indicateur « dépistage des troubles nutritionnels » (DTN) avant même sa généralisation par les institutions nationales.

« La qualité, j'ai dit "on ne va pas compliquer, on va prendre ce qui existe déjà". J'ai vérifié, COMPAQH, l'ANAES, tout ce que j'avais, tout ce qui pouvait arriver aux établissements ! [...] On a par exemple un indicateur qui est bien, le poids la taille, le calcul de l'indice de masse corporelle... Il n'y avait pas encore la version complète, on a fait la nôtre, simple. » (Chargé de mission de l'ARH Rhône-Alpes, entretien collectif I-6)

ICSHA mis à part, les indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales sont reconnus comme utiles : le score ICALIN des établissements est récupéré automatiquement auprès des centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) régionaux, et intégrés aux CPOM ; la diminution du nombre d'établissements compris dans les classes « C » et « D » d'ICALIN constitue l'un des engagements de l'Agence qui semble pleinement légitime à ces acteurs. Les acteurs de l'ARH se disent par ailleurs conscients de la nécessité de mettre en cohérence les demandes régionales avec les demandes nationales afin de ne pas surcharger les établissements. Enfin, le rythme quadri-annuel de la certification des établissements ne permettant pas un suivi régulier, des IQ automatisés aux résultats annuels leur semblent intéressants pour formaliser le suivi des contrats. Au moment de l'entretien en 2010, ces acteurs prévoient d'attendre la fin du SROS de troisième génération pour remettre à plat les indicateurs, courant 2012.

Le cas de l'ARH de Rhône-Alpes permet ainsi de comprendre les ressorts d'un travail de déploiement embryonnaire des IQ d'Etat par la tutelle régionale. Sa situation est probablement typique de la plupart des Agences régionales à la fin des années 2000 : les acteurs investis sur la qualité n'ont pas attendu les IQ d'Etat pour déployer leurs propres indicateurs « maison » dans le cadre d'un pilotage autonome mais « artisanal » de la qualité. La généralisation nationale entre alors en tension avec les démarches régionales. Dans ces conditions, les acteurs institutionnels en région se montrent ambivalents : s'ils craignent la substitution d'indicateurs d'Etat à leurs indicateurs « maison », ils vivent au quotidien les limites d'une politique qualité bricolée et ne ferment pas la porte à l'usage de mesures harmonisées, annuelles, déjà collectées par les établissements et dont la qualité serait contrôlée en amont. Les acteurs institutionnels n'en sont d'ailleurs pas dupes.

« [Les acteurs des ARH] sont assez conscients de la qualité de leurs indicateurs, et je pense qu'ils sont assez contents qu'on leur donne des trucs un peu carrés, testés, et puis on leur donne la donnée ! Ils n'ont pas à demander des recueils, etc. Là, on leur donne tout. » (Acteur du service SIPAQSS de la HAS, entretien collectif I-41)

Pour saisir les ressorts d'un déploiement plus abouti de ces IQ d'Etat par la tutelle régionale, il est utile de se tourner vers la région Aquitaine.

3) Le cas particulier d'un déploiement autoritaire : l'Agence d'Aquitaine

L'Agence d'Aquitaine a positionné dès le milieu des années 2000 sa région comme un « laboratoire pilote » de l'évaluation de la qualité hospitalière. Sous son injonction, les quelques 200 établissements aquitains sont les seuls à avoir connu un déploiement obligatoire des IQ élaborés par COMPAQH avant même leur généralisation nationale, dès 2006.

Un engagement précoce et stratégique dans l'évaluation de la qualité

L'engagement précoce de l'ARH d'Aquitaine dans l'évaluation de la qualité résulte de la mobilisation d'acteurs pionniers au cours des années 2000. Afin ne pas alourdir le propos, les portraits de ces différents acteurs, qui servent d'appui à l'analyse, ne sont pas restitués ici dans leur intégralité mais présentés ensembles dans l'annexe consacrée à la nébuleuse autour des IQ (voir annexe 7).

L'engagement stratégique de la région est indéniablement le fruit du positionnement stratégique d'un directeur d'Agence sensibilisé à l'évaluation de la qualité par son parcours professionnel. Médecin anesthésiste réanimateur de formation, ce dernier s'est intéressé depuis la fin des années 1980 à l'évaluation médicale, dans le cadre de l'exercice de sa spécialité, de son intérêt pour la santé publique puis des fonctions hospitalo-universitaires qui ont été les siennes avant qu'il ne se dirige vers une carrière administrative. Il a fait partie des médecins de sa discipline qui se sont formés au « management par la qualité » avant l'heure. Tenant un discours extrêmement engagé, ce directeur d'Agence considère que « la qualité » s'apparente à une discipline, une véritable « conduite de vie » autour du mot d'ordre de « l'impeccable ». Il a décidé de faire de « la qualité » l'un de ses chevaux de bataille, et n'hésite pas à mobiliser le champ lexical de la foi religieuse pour qualifier son action de « prophète » en la matière.

« Faisons de la qualité une religion. [...] J'ai la foi. Je crois qu'il faut avoir la foi. Il faut être des messagers de la qualité. La qualité c'est le message, donc il faut être messager : je porte la qualité ». (Directeur de l'ARH d'Aquitaine, entretien I-4)

Pour ce directeur, la « qualité » constitue un langage audible pour l'ensemble des acteurs du soin, permettant de justifier des politiques d'efficience et d'optimisation dans des termes légitimes auprès des professionnels du soin comme des gestionnaires d'établissement. Il entend mobiliser la qualité comme un signal important pour repérer les établissements en difficulté et pour justifier des décisions de restructuration. A son sens, porter la qualité comme « discipline de l'impeccable » ne peut qu'avoir des conséquences vertueuses sur tous les autres aspects de la gestion hospitalière, y compris les aspects financiers. Ce directeur a profité des débats suscités par l'émergence des premiers IQ au sein de COMPAQH pour orchestrer ce qu'il décrit lui-même comme un « coup » stratégique, permettant de positionner l'ARH dans une position innovante par rapport aux autres Agences régionales.

« C'est un coup de pub. [...] Après de tout le monde, et au niveau national. [...] Dire : "tout le monde se pose des questions, nous on n'a pas d'état d'âme, on le fait". Là où les autres se posent des questions, nous on a des réponses. » (Directeur de l'ARH d'Aquitaine, entretien I-4)

Dès 2004, le directeur sollicite les chercheurs de COMPAQH, en leur proposant de faire usage de leurs indicateurs sans plus attendre. Après quelques controverses¹, le directeur parvient à lancer, dès 2006, une généralisation anticipée des indicateurs nationaux en Aquitaine, qui devient dès lors une « région pilote ». Cette « généralisation des indicateurs de qualité en Aquitaine » (GINQA) donne lieu à une étude de faisabilité, afin de nourrir la réflexion concernant une généralisation nationale. Le projet GINQA mesure, dans chaque établissement de la région, quatre IQ en cours d'expérimentation par le projet COMPAQH². En 2008, cette mesure est reconduite à travers le second volet plus ambitieux du projet, intitulé GINQA-MEDINA³. Cette seconde campagne cherche à évaluer une éventuelle progression biannuelle. Elle étend également la mesure en intégrant dans un même tableau de bord les IQ d'Etat et deux indicateurs spécifiques à la région⁴. Pour le directeur de l'agence, ces projets permettent d'anticiper une évolution institutionnelle qu'il a perçue comme inexorable.

« L'avantage d'être le premier, c'est que vous anticipez toutes les difficultés, vous êtes sur les solutions plutôt que sur les problèmes. [...] Vous innovez. Et il n'y a personne pour vous dire que ce que vous faites n'est pas bien. » (Directeur de l'ARH d'Aquitaine, entretien I-4)

Si ce promoteur des IQ en Aquitaine décrit volontiers ce « coup » stratégique comme une réalisation personnelle, il reconnaît aussi qu'il a été rendu possible par une « conjonction de rencontres », c'est-à-dire par la coopération d'un ensemble plus large d'acteurs aquitains préalablement investis dans le domaine de la qualité hospitalière. Parmi eux : un médecin inspecteur à la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) très investi sur la thématique des infections nosocomiales, un pharmacien de l'observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT), et surtout l'équipe du CCECQA, dont le « directeur médical » est l'un des chercheurs-experts : Philippe Michel. L'idée d'inscrire la région dans cette démarche innovante a largement été inspirée par la participation d'une dizaine d'établissements aquitains à la première phase de COMPAQH, dans le cadre de la coopération entre le projet et le CCECQA⁵. Ces différents acteurs de la démarche aquitaine partagent deux caractéristiques

¹ Les chercheurs COMPAQH se montrent d'abord réticents vis-à-vis d'un calendrier aussi précoce de généralisation d'indicateurs qui sont alors en cours de construction, et dont la « validité » demeure incertaine. Au tournant de l'année 2006, la décision de la HAS de généraliser les indicateurs COMPAQH à l'échelle nationale change la donne, dotant ce projet d'expérimentation régionale « volontaire » d'un certain attrait.

² Il s'agit de l'indicateur de tenue du dossier patient (TDP), l'indicateur de tenue du dossier anesthésique (DAN), l'indicateur de délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation (DEC), l'indicateur de traçabilité de la douleur (TRD).

³ Pour « généralisation des indicateurs de qualité en Aquitaine – Médicament – Infarctus du myocarde en phase aigüe ».

⁴ Au total, treize IQ sont concernés : ICALIN, ICSHA, SURVISO, ICATB, score agrégé, TDP, DAN, DEC, TRD, DTN, l'indicateur de prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde après la phase aigüe (IDM) ainsi que l'IQ d'activités de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse et de sécurisation du circuit du médicament (ICALIAM), et l'IQ de prise en charge hospitalière initiale des accidents vasculaires cérébraux (AVC).

⁵ La seconde section de ce chapitre reviendra plus précisément sur les activités régionales du CCECQA autour des IQ.

essentielles : d'une part, leur mobilisation sur la thématique de l'évaluation constitue un engagement de longue date, lié à une trajectoire professionnelle allant d'activités proches du soin pour se diriger vers des fonctions de gestion et de régulation ; d'autre part, leur investissement du thème des IQ est le résultat de la rencontre entre un intérêt personnel et une sollicitation par le directeur de l'ARH, qui s'est attaché au milieu des années 2000 à mettre en cohérence les différentes initiatives sans créer de structure *ad hoc*. Tous ces « pionniers » ont ainsi été appuyés par l'ARH à travers des soutiens financiers ou logistiques. L'Agence a organisé leurs activités pour déployer les IQ d'Etat auprès des établissements d'Aquitaine dans une démarche obligatoire. Les acteurs institutionnels ont d'ailleurs bien saisi l'enjeu national de ce déploiement régional : si certains se montrent agacés par le discours de « précurseur » du directeur de l'ARH, la plupart soulignent l'importance d'une telle expérience dans le test de la faisabilité de la généralisation des IQ d'Etat.

Les usages équivoques des IQ dans la contractualisation régionale

L'usage des indicateurs dans la contractualisation avec les établissements fait l'objet d'un fort affichage par l'Agence régionale. Un article publié par les responsables de l'agence est par exemple intitulé *des dispositifs décisionnels innovants et une politique qualité exigeante : quelques outils à l'ARH Aquitaine* (ARH d'Aquitaine, 2009). Les auteurs y expliquent que chaque établissement peut-être suivi individuellement et incité à améliorer ses scores par l'adjonction d'une « annexe qualité » au CPOM. Le « benchmarking » nominatif des établissements est présenté comme une source d'information capitale pour prendre des décisions sur des thématiques prioritaires comme la gestion des risques ou la sécurité des patients.

Pourtant, au-delà de l'affirmation de ces « grands principes », la doctrine et les usages effectifs de ces IQ restent flous lors des entretiens. L'adjointe du directeur se montre réticente à répondre à cette question à la place de son supérieur hiérarchique. Ce dernier insiste quant à lui sur l'aspect « prospectif » de ces usages contractuels. Il considère que les indicateurs de moyens ou de processus qui existent en 2009 devraient, à l'avenir, être complétés par des « indicateurs de résultats » susceptibles d'un usage plus fort dans l'annexe qualité des contrats. Interrogé au sujet du lien entre résultat aux IQ et dotation des établissements, le directeur tient un discours plutôt ambigu.

« Quand les gens font bien, on a envie de les aider. Alors peut-être que ça ne se traduit pas dans quelque chose d'immédiat, peut-être qu'il n'y a pas de lien. Mais [...] quand des gens font bien, de toute façon, ils savent très bien qu'ils vont avoir une écoute favorable et que l'Agence va les soutenir et les aider. » (Directeur de l'ARH d'Aquitaine, entretien I-4)

Autrement dit, s'il n'y a pas de lien direct entre les résultats aux IQ et une valorisation financière des établissements, il existe en revanche une forme de « reconnaissance informelle » des efforts réalisés par certaines équipes. La personne en charge des IQ de lutte contre les infections nosocomiales aborde de son côté l'annexe qualité de la contractualisation comme une « possibilité » pour travailler avec les établissements. A son sens, les IQ permettent de mettre en avant des priorités et d'organiser le suivi

des établissements. Loin d'un usage « mécanique » ou « automatique » du score dans le contrat, elle considère qu'un mauvais résultat doit donner lieu à une enquête et à une discussion avec l'établissement. Selon elle, cette « possibilité » sera surtout un « challenge » pour les futures ARS.

L'ARH fait tout de même usage de certains indicateurs. Ceux qui équipent la politique du médicament sont intégrés sous la forme d'un score agrégé, ICALIAM, intégré dans une « cartographie par établissement » mobilisée chaque année pour évaluer la progression des établissements. La personne en charge à l'observatoire du médicament (OMEDIT) s'appuie sur cette cartographie pour conseiller le directeur de l'ARH sur l'attitude à tenir vis-à-vis des différents établissements. Là encore, les usages de la mesure se révèlent toutefois équivoques. D'un côté, les IQ constituent un outil d'accompagnement des établissements, qui permet d'objectiver certaines difficultés et de conseiller par exemple à une direction d'établissement le recrutement d'un pharmacien, la mise en place d'un outil informatique de suivi des médicaments, ou encore la mutualisation avec un autre établissement mieux équipé. Dans ce contexte, les IQ intégrés dans la contractualisation jouent un rôle d'impulsion dans une dynamique de progression. D'un autre côté, les indicateurs peuvent aussi être à l'origine de « l'activation d'une fonction contrôle » : de très mauvais scores par rapport à certains indicateurs, notamment en lien avec les prescriptions en oncologie, peuvent être à l'origine d'une inspection par les services de l'Etat, pouvant aboutir à une fin d'autorisation d'activité en cas de non-conformité.

« La stratégie, elle n'est pas sur 100% de contrôle. [...] Je me sers aussi [des indicateurs] pour impulser, parce que c'est une force d'impulsion extraordinaire. [...] Il y a les deux, mais je ne trouve pas ça incohérent. [...] Les informations des contrôles sont aussi des informations qui peuvent être intéressantes pour adapter la politique. » (Acteur de l'OMEDIT, entretien I-2)

A travers ces usages équivoques, le simple fait de constituer une « annexe qualité » intégrant des IQ est considéré comme un moyen de faire peser sur les établissements le regard de l'Agence régionale, et de les « inciter » à prendre au sérieux la politique qualité et son amélioration.

Un travail symbolique pour construire l'autorité des IQ d'Etat

Comme l'a montré M. Edelman (1977), l'action politique, loin de se réduire uniquement à des actes, des décisions et des dispositifs concrets, repose aussi sur un travail symbolique des mots, des images et des promesses. Les acteurs de l'ARH déploient un travail symbolique de cet ordre pour asseoir l'autorité étatique des IQ dans la région. Ils s'appuient sur la « validité » et l'« acceptabilité » des IQ d'Etat, telles qu'elles sont construites dans l'interaction entre les chercheurs-experts et les représentants des professionnels, pour les mobiliser lors de multiples interactions avec les acteurs hospitaliers : réunions régionales, échanges avec les directions d'établissement, déplacements « sur le terrain ». Les projets GINQA et GINQA-MEDINA ont par exemple été l'occasion de véritables « tours d'Aquitaine » pour les acteurs de l'agence, en coopération avec le CCECQA. A travers les discours tenus lors de ces nombreuses interactions, l'ARH construit l'*autorité* des IQ au sens donné

par C. Hood (1986) à cette ressource de gouvernement : « *authority denotes the possession of legal or official power [...]. That is the power officially to demand, forbid, guarantee, adjudicate* » (p. 5).

L'ARH a rendu obligatoire la participation des établissements aux projets GINQA et GINQA-MEDINA. Au cours des différents échanges avec les acteurs hospitaliers, les acteurs de l'ARH s'attachent à rendre crédible la perspective d'un usage croissant des IQ d'Etat dans la contractualisation, ainsi que la surveillance qu'ils permettent à la tutelle d'exercer. L'observation de la réunion régionale de restitution des résultats pour l'année 2008 révèle bien ce travail symbolique. Organisée en juin 2009 à l'initiative de l'ARH, cette réunion rassemble dans un grand amphithéâtre les représentants des établissements de la région, des institutions publiques nationales (DHOS du ministère et HAS), des tutelles régionales (ARH et DRASS) et du CCECQA. Dans son discours d'ouverture, le directeur utilise d'abord le levier du « bâton », en proclamant haut et fort qu'il se montrera « intransigeant » en cas de résultats insuffisants à certains IQ cruciaux, comme ceux du tableau de bord des infections nosocomiales : le défaut de qualité rendu visible par des taux d'infections nosocomiales « intolérables » pourra, à l'avenir, conduire à la fermeture d'établissements. Il mobilise ensuite le levier de la « carotte », en soulignant que l'ARH suit et valorise les efforts réalisés par les établissements. Il réaffirme à plusieurs reprises la posture innovante de la région et félicite l'assemblée pour les résultats supérieurs par rapport à la moyenne nationale des IQ généralisés à l'échelle nationale par la HAS en 2008¹. Il insiste sur l'intérêt de la comparaison pour s'améliorer en prenant exemple sur « les meilleurs » qui doivent être « valorisés », et sur l'intérêt de la transparence pour « qui n'a rien à cacher ». Plus généralement, ce directeur prophétise les usages institutionnels de plus en plus « durs » qui ne manqueront pas, selon lui, de faire suite à l'expérience aquitaine.

« Le directeur souligne que l'amélioration de la qualité n'en est qu'à un début [...]. Les établissements doivent s'attendre à une nette augmentation des exigences, notamment avec la création des ARS. Ce ne sera plus quelque chose de "sympathique" [...]. On passe d'un engagement des établissements [...] à une obligation de qualité et de sécurité. [...] d'une obligation de moyens à une obligation de résultats, avec exigence d'un seuil de conformité par rapport aux indicateurs dans le CPOM. On va récompenser les bons et sanctionner les mauvais. "Ceux qui ne font pas bien ont du souci à se faire". » (Reconstitution du discours du directeur de l'ARH, observation I-50).

A travers ce travail symbolique, rendu crédible par l'existence de l'« annexe qualité » des CPOM, le directeur de l'Agence s'attache à construire le caractère contraignant de ces IQ d'Etat et leur capacité à susciter l'« anxiété » des représentants des établissements, caractéristique essentielle pour que de tels instruments de quantification puissent être pris au sérieux (Sauder et Espeland, 2009, p. 74-78). Cette construction de l'autorité des IQ s'appuie d'ailleurs sur les formes « graphiques » spécifiquement

¹ D'après la présentation faite lors de la réunion, les scores moyens des établissements MCO d'Aquitaine sont égaux ou supérieurs au score français moyen pour les 4 indicateurs généralisés par la HAS : TDP (62% de dossiers conformes en Aquitaine et pour toute la France), DEC (75% contre 61%), TD (53% contre 40%), DAN (71% contre 67%).

conçues pour permettre une comparaison nominative à l'échelle de la région, faisant clairement apparaître les « meilleurs » et les « moins bons »¹.

Les « mots d'ordre » du directeur de l'ARH ne constituent pas qu'un discours creux. Cette mise en scène dans le cadre formel de la relation entre la tutelle régionale et les établissements participe à construire la croyance en l'inexorabilité d'un usage administratif autoritaire des IQ. Nous verrons dans la troisième partie de la thèse comment ces usages administratifs sont pris au sérieux dans les établissements. Une anecdote rapportée par un acteur du CCECQA le révèle à sa manière. Quelques jours après cette réunion, le comité a reçu un appel téléphonique de la part du médecin d'information médicale (DIM) d'une clinique de la région apparue parmi les « mauvais élèves » en raison d'une régression de ses résultats aux IQ de tenue du dossier patient (TDP) et de tenue du dossier anesthésique (DAN) entre 2006 et 2008. Le médecin, quelque peu paniqué par ces résultats, a expliqué à son interlocuteur « ne pas en avoir dormi de la nuit ». Il a fait état de ses craintes que l'ARH, avec laquelle l'établissement entretient des relations visiblement tendues, ne se serve de ces mauvais résultats pour justifier le refus d'autorisations d'activités ou pour faire avancer son projet de fusion entre la clinique et un établissement à proximité. La capacité de l'ARH à construire l'autorité des IQ repose ainsi sur l'autorité de l'Agence régionale vis-à-vis des établissements, qui s'est renforcée à travers la régionalisation de l'action publique sanitaire et les restructurations qu'elle opère.

En 2009, les acteurs de l'ARH font part des incertitudes liées au passage en ARS, mais se montrent optimistes quant à l'avenir de cette « dynamique qualité » à l'échelle de la région, qu'ils considèrent avoir solidement mis sur les rails. Un entretien téléphonique avec la directrice adjointe de l'offre de soins à l'ARS d'Aquitaine, au printemps 2012, confirme la pérennisation de cette démarche. La « qualité et la sécurité des soins » sont affichées comme le second axe prioritaire de l'ARS. Au sein de l'Agence, une « cellule qualité – performance » est en charge de la politique qualité². Les résultats des IQ sont dorénavant communiqués automatiquement par la HAS, ce qui permet de les rassembler dans un tableau de bord informatisé et dans la cartographie régionale. Pour chaque CPOM négocié à partir de 2012, une « cible régionale » constitue l'objectif que l'établissement doit atteindre. Les résultats des IQ sont utilisés pour préparer les visites de contrôle, les échanges avec les gestionnaires et pour « suivre » les établissements en difficulté. Au sein d'un « faisceau concordant de signes », ils permettent de repérer et d'accompagner les hôpitaux et cliniques les plus fragiles.

« [Sur cet établissement], on avait plusieurs plaintes, sur des actes opératoires, et la dernière avec un décès. [...] On a lancé une inspection sur place, et on a repris tous les éléments. [...] Et on s'est rendu compte que sur les infections de site opératoire [ISO], l'enquête n'était pas toujours faite... Pour ICALIN, ils n'étaient pas très bons... Et au niveau de la certification, il y avait [...] des demandes de travaux au niveau bloc et surveillance continue, des aménagements

¹ Pour un exemple, voir l'encadré 17 mobilisé dans le chapitre 3.

² A l'exception du directeur, parti exercer d'autres fonctions à l'Inspection générale des Affaires sociales (IGAS), les mêmes acteurs et structures sont intégrés dans l'organisation régionale du travail sur la qualité.

sur le conditionnement des flux d'air... [...] On l'a en "alerte rouge". Tous les trois mois, il doit nous envoyer un bulletin d'avancement des actions. [...] C'est une petite structure très fragile. Financièrement, ça ne va pas non plus. Il a des difficultés telles que peut-être qu'il fermera... » (Directrice adjointe de l'offre de soins, ARS d'Aquitaine, entretien I-7)

Dans le cas de cet établissement en grandes difficultés financières, présentant des risques pour la sécurité sanitaire rendus visibles par des plaintes répétées, les IQ permettent aussi d'étayer et d'argumenter des décisions délicates en matière de restructuration.

« On a produit [les indicateurs], avec la diffusion publique... Mais la courroie de transmission entre le local et la politique de régulation n'a peut-être pas été totalement réfléchie... »

Entretien avec un chercheur-expert

La comparaison du déploiement des IQ d'Etat par les deux Agences régionales confirme la marge d'autonomie dont sont dotés les acteurs administratifs intermédiaires (Blau, 1955; Crozier et Friedberg, 1977; Pressman et Wilsdowsky, 1973; Selznick, 1949). Intégrées tardivement dans la démarche institutionnelle nationale autour des IQ, les Agences régionales sont loin de constituer une « courroie de transmission » systématique, efficace et mécanique des IQ d'Etat : à la fin des années 2000, aucune des agences n'utilise de manière univoque les IQ dans le cadre de la contractualisation.

Pourtant, une dynamique en rapport avec l'évaluation de la qualité est bel et bien initiée dans les deux Agences spécifiquement étudiées. Nette dans le cas aquitain, elle se limite à une esquisse dans le cas rhône-alpin. Dans les deux cas, elle repose sur quelques acteurs investis de longue date dans l'évaluation, dont les démarches « artisanales » entrent en tension avec les IQ d'Etat. En raison même de la plasticité des instruments et de leurs usages équivoques, le destin de ces mesures d'Etat à l'échelle de la tutelle régionale dépend largement de l'engagement de ces acteurs intermédiaires, qui vivent au quotidien la tension entre leur rôle de rouage de la hiérarchie administrative et les interactions qu'ils entretiennent avec les responsables d'établissement et les professionnels de santé. En Aquitaine, où il est le plus abouti, le travail institutionnel de déploiement s'appuie clairement sur l'autorité de l'administration, qui exerce des pressions institutionnelles sur les acteurs locaux. Ce déploiement repose toutefois moins sur des usages « effectifs » des IQ dans la contractualisation que sur la prophétie d'usages institutionnels « durcis » à venir, crédibles dans le contexte de la régionalisation accrue. Dans ce contexte institutionnel régional en mutation et marqué par des usages administratifs incertains et inégaux, le travail de déploiement des IQ s'opère largement sous une autre forme, au sein d'étranges organismes qui jouent plutôt la carte de « l'accompagnement ».

2. Le déploiement en douceur des IQ par les « organismes régionaux de qualité »

Depuis la fin des années 1990, l'évaluation de la qualité ne s'est pas institutionnalisée uniquement à l'échelle nationale : en région, une variété d'organisations mobilisées sur ce thème a

émergé à l'interstice des établissements de santé et des institutions de régulation (1) ; par leur travail discret, ces « organismes régionaux de qualité » (ORQ) contribuent à déployer en douceur les IQ d'Etat dans les établissements de leurs régions (2).

1) L'émergence d'organismes interstitiels qui promeuvent l'évaluation de la qualité

Sous des formes et à des rythmes divers, une dizaine d'organismes régionaux se sont constitués autour de l'évaluation de la qualité. Regroupés depuis 2007 au sein d'une « fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé » (FORAP), ces structures sont désignées par des acronymes étranges¹ : « réseaux », « groupes », « organisations », « coordinations » ou « comités » en lien avec « la qualité », « l'évaluation », « la performance », ou encore « les systèmes d'information ».

Une émergence en phase avec l'institutionnalisation nationale de la qualité

L'enquête menée auprès de quatre de ces organismes (en Franche Comté, en Auvergne, en Rhône-Alpes et en Aquitaine) montre que leur création réfracte sous des formes régionales l'institutionnalisation progressive de l'évaluation de la qualité à l'échelle nationale. Sans détailler ici chacun de ces organismes², il est utile de mettre succinctement en évidence leur relative diversité.

Parmi les ORQ, le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA) et le Réseau qualité (REQUA) en Franche-Comté occupent une place privilégiée. Tous deux bénéficient d'une pérennité financière et organisationnelle, d'un soutien institutionnel fort à l'échelle régionale, d'une visibilité importante, et d'une légitimité forte dans le petit monde de la qualité. Leurs situations comparables sont le fruit de deux histoires régionales qui se ressemblent. Fondé dès 1996, le CCECQA fait figure de « pionnier ». Association de loi 1901, il émerge sous l'impulsion croisée d'un groupe de réflexion régional des hôpitaux publics et d'un directeur de la DRASS sensible à l'essor de l'accréditation des établissements. Appuyé sur un pôle aquitain de recherche universitaire, l'Institut de santé publique et de développement (ISPED), le comité est d'emblée construit à la fois comme une structure de recherche et comme un réseau de mutualisation des compétences des établissements en matière d'évaluation. Dirigé par l'un des chercheurs-experts présenté dans le chapitre 4, Philippe Michel, le CCECQA a considérablement grandi au cours des années 2000, passant de cinq à douze salariés. Autonome mais financé pour moitié par l'Agence régionale et pour moitié par les établissements adhérents, il s'est investi au cours des années 2000 dans des études financées par les institutions publiques. De son côté, le REQUA a été fondé au tournant des

¹ La carte et les noms de ces organismes peuvent être consultés dans l'annexe 7 consacrée à la nébuleuse autour des IQ.

² Les profils des quatre ORQ auprès desquels nous avons enquêté sont également proposés dans l'annexe 7.

années 2000, sous l'impulsion du directeur de l'ARH de Franche-Comté qui a demandé aux établissements de mutualiser leurs compétences en matière de qualité et de gestion des risques. Après quelques années d'un fonctionnement peu formalisé autour d'une petite équipe de médecins investis dans l'évaluation, le REQUA a été reconnu officiellement comme un groupement d'intérêt public en 2002. Financé de manière comparable au CCECQA, le REQUA a connu une croissance organisationnelle importante entre 1999 et 2010, passant de quatre salariés à une équipe d'une petite dizaine de personnes, autour de projets en rapport avec la qualité, la sécurité et la gestion des risques.

D'autres organismes régionaux ont connu des histoires plus tumultueuses, une formalisation moins aboutie et un soutien institutionnel régional moins affirmé. C'est notamment le cas du groupe régional sur la qualité en Auvergne (GREQUAU) et de la coordination pour l'évaluation des pratiques professionnelles en santé (CCEPRAL) en Rhône Alpes. Les origines du GREQUAU remontent à la fin des années 1990, lorsque quelques médecins « pionniers » de la qualité ont entrepris d'organiser une réflexion sur l'évaluation en santé. Sans aucun soutien institutionnel, le groupe est d'abord resté informel, avant d'être fondé sous la forme d'une association en 2005, sous l'impulsion d'un médecin de santé publique du CHU de Clermont-Ferrand. Sans ressource financière propre, hébergé par le CHU, le GREQUAU limite ses activités à l'accompagnement des établissements adhérents en matière de certification et d'IQ. Il a du mal à s'imposer en Auvergne, en dépit d'un investissement précoce de la thématique de l'évaluation par certains médecins de la région. C'est également l'absence de financement institutionnel régional pérenne qui caractérise les débuts plus récents de la CEPPRAL en Rhône-Alpes. C'est un chercheur-expert qui est à l'origine de la création de l'association : Cyrille Colin a convaincu en 2005 le directeur de l'ARH et le président de l'union régionale des médecins libéraux (URML) de la nécessité de créer un organisme semblable au CCECQA dans la région. Initialement subventionné par la HAS, la CEPPRAL vit principalement des cotisations de ses établissements adhérents et des « prestations » facturées aux établissements en matière de qualité, de sécurité et de gestion des risques. En 2010, l'association était en train de négocier un éventuel financement auprès de l'Agence régionale.

Success-story ou émergence problématique, apparition précoce à la fin des années 1990 ou émergence tardive à la fin des années 2000 : au-delà de leurs spécificités, chacune de ces situations régionales réfracte l'émergence d'une même dynamique à l'échelle nationale. L'institutionnalisation de la qualité, d'abord sous la forme de l'ANDEM puis de l'ANAES créée par les ordonnances Juppé de 1996, a joué un rôle clé dans chacune de ces histoires régionales. L'essor de la procédure d'accréditation est systématiquement mentionné comme l'un des facteurs qui a amené des acteurs régionaux à s'organiser collectivement. Ces nouvelles « injonctions » à l'évaluation de la qualité, même si elles ont pris d'abord la forme d'un autocontrôle professionnel relayé par des institutions nationales (Robelet, 2002), ont offert des opportunités aux professionnels prêts à s'investir.

« [Rires] J'ai participé à monter le CCECQA, mais on ne savait pas trop où on allait. C'est plus une opportunité, ça répondait à ma formation, ça correspondait à une activité que moi j'aimais bien, avec des gens que je connaissais... » (Entretien avec un acteur du CCECQA)

La plupart des fondateurs des organismes régionaux de qualité ont entretenu des liens avec l'ANDEM ou l'ANAES, qui ont « porté » cette culture de l'évaluation à l'échelle nationale et suscité des « vocations » à l'échelle régionale. En atteste par exemple l'anecdote à laquelle le directeur du REQUA, chirurgien orthopédique de formation, fait remonter son engagement dans la qualité.

« 1995 : réunion de la société d'orthopédie avec l'ANDEM, à Lyon. [...]... Ils avaient loué le Palais des Congrès à Lyon, tout un week-end. Vous êtes assis : on était 7 ! Entre l'ANDEM et les orthopédistes... On était 3 orthopédistes... Et on a pu avoir une discussion un peu comme on l'a aujourd'hui, j'ai discuté avec [le directeur général de l'ANDEM], et je me suis dit "mais nom d'une pipe, c'est vrai qu'il y a une voie, là, il faut commencer". C'est une voie qui m'est apparue INCONTOURNABLE. [...] J'ai continué mon activité chirurgicale, j'ai fait un DESS qualité, j'ai aussi fait un DU d'hygiène hospitalière parce que je pensais que c'était complémentaire, et à partir de là j'ai commencé à travailler comme expert visiteur pour l'ANAES ». (Directeur du REQUA, entretien collectif I-46)

Les nouvelles formes qu'ont prises ces injonctions au cours des années 2000 (certification des établissements, évaluation des pratiques professionnelles, généralisation des IQ d'Etat) sont au cœur de l'évolution des missions des organismes régionaux déjà constitués : il n'est par exemple pas anodin que les IQ se constituent en thématiques de travail autonomes de ces ORQ au milieu des années 2000, en même temps qu'ils s'imposent au sein des institutions publiques. Ces nouvelles formes d'injonction sont aussi à l'origine de la fondation des organismes régionaux plus récents comme la CEPPRAL ou de la « refondation » du GREQUAU, dont la première réunion a été consacrée aux projets d'indicateurs, présentés par Pierre Lombrail pour le projet PATH et par le responsable du service « indicateurs » de la HAS pour les IQ d'Etat. Après avoir suscité des « vocations » dès le milieu des années 1990, ce mouvement d'institutionnalisation de l'évaluation de la qualité a suscité un « besoin » d'appui du côté des établissements. Il a contribué à structurer un « marché » de l'expertise en évaluation dans les différentes régions. Certains acteurs institutionnels ont par ailleurs délibérément cherché à « susciter » ce genre d'organismes locaux.

« J'avais fait un "tour de France" pour vendre l'accréditation. On faisait une matinée un peu descendante et une après-midi "vous avez la parole" pour valoriser les initiatives locales, et on s'appuyait sur les acteurs régionaux... On avait à cette occasion-là tenté de les créer, ces structures régionales. [...] On a financé des groupes pour qu'ils fassent des recherches "appliquées" pour entretenir la flamme. » (Ancien président de l'ANAES, entretien I-32)

En somme, ces organismes ont « pris forme » dans certaines régions parce qu'ils ont pu être constitués à partir d'un « milieu qualité » préexistant mais auparavant peu organisé, constitué d'acteurs hospitaliers, de directeurs intéressés par la qualité, de cliniciens pionniers de l'évaluation ou de médecins de santé publique. Il a fallu que des « entrepreneurs » issus du monde professionnel ou, plus rarement, institutionnel, se saisissent de l'opportunité créée par la dynamique nationale pour organiser ce milieu protéiforme, sous la forme d'associations ou de groupements d'intérêt public pérennes et autonomes. Ces organismes régionaux ont ainsi moins été « créés » dans le cadre d'un

projet cohérent des institutions publiques que *sécrétées* par l'institutionnalisation progressive de l'évaluation de la qualité, dont se sont saisis des acteurs en région.

Des organismes régionaux au service des établissements de santé

De nombreux acteurs permanents des organismes régionaux de qualité sont des professionnels de santé qui se sont éloignés de la pratique clinique. Leurs dirigeants sont pour la plupart des médecins qui se sont tournés, à un moment de leur carrière, vers la santé publique et l'évaluation médicale. Les salariés ou les personnes actives au sein des ORQ proviennent de différents groupes professionnels.

« Ce qu'on a réussi à rassembler, c'est des compétences vraiment professionnelles, quoi ! Notre réseau de personnes... ils sont experts visiteurs, médecins habilités, libéral, ou bien des soignants qui ont des formations à la méthodologie... [...] C'est ce qui fait la spécificité de ce type de structure : elle est très bien ancrée dans le milieu professionnel hospitalier. »
(Entretien avec un acteur du CEPPRAL)

Dans leur figure professionnelle, les ORQ se présentent volontiers comme des « émanations » des hôpitaux et des cliniques adhérents, qui ont décidé de mutualiser leurs compétences et de financer une « cellule » d'acteurs régionaux pour les accompagner dans leur démarche d'amélioration de la qualité. A travers une foule d'activités d'accompagnement (voir encadré 24), les acteurs des organismes considèrent qu'ils travaillent « au service » des établissements et des professionnels « de terrain ».

Encadré 24. Les principales activités d'accompagnement des ORQ

Les ORQ proposent aux établissements de les accompagner dans leurs démarches en lien avec la certification, le déploiement d'IQ, l'évaluation des pratiques professionnelles, la prévention des événements indésirables, la gestion des risques ou encore la satisfaction des patients.

Ces thèmes sont d'abord et surtout abordés à travers tout un ensemble de « formations », qui peuvent prendre la forme de « réunions de sensibilisation », « d'ateliers méthodologiques », de « groupes de réflexions », ou encore d'une « hotline » téléphonique d'assistance méthodologique.

Les ORQ proposent ensuite une veille institutionnelle et des échanges documentaires à leurs adhérents : il s'agit de faire circuler les obligations réglementaires, les circulaires ministérielles ou les outils méthodologiques d'évaluation : grilles d'audit, tableaux de bord d'indicateurs, documents d'aide à la méthodologie de l'évaluation des pratiques, etc. Le site internet, les bulletins hebdomadaires ou les listes de diffusion permettent ces échanges.

Les ORQ proposent aussi un accompagnement « à la carte » en cas de sollicitation d'un établissement ou d'un groupe d'établissements.

Les ORQ travaillent enfin à la « mise en valeur » et à la circulation des travaux des établissements adhérents, par un travail de communication réalisé sur leur site Internet, ou à l'occasion de l'organisation de « journées régionales » qui sont l'occasion de valoriser les engagements des acteurs hospitaliers.

Les salariés permanents des ORQ animent des réunions, des formations, mettent à disposition des outils méthodologiques... Ces différentes activités s'apparentent à des missions d'accompagnement ou de « conseil » auprès des professionnels de santé.

« Je vais sur le terrain pour les guider [...] Ce sont des médecins, des soignants, des directeurs, des responsables qualité... [...] On les guide dans leurs thèmes d'EPP, on les

oriente sur un choix de thématiques, et après on les forme à la méthode. Très souvent, on se charge de la partie "analyse de données" [...] et on revient les voir pour restituer les résultats et les aider à formuler des actions d'amélioration. On leur montre comment faire [...] On les aide à structurer, on leur donne les outils ». (Entretien avec un acteur du CCECQA)

L'analogie avec les missions des cabinets de conseil privés est d'autant plus frappante que le vocabulaire utilisé par les acteurs des ORQ fait parfois écho à l'univers du conseil. Le CEPPRAL mobilise notamment un réseau d'experts dont le « chiffre d'affaires » repose sur des « prestations » d'accompagnement, qui sont « facturées » aux établissements. L'interface entre les ORQ et les établissements est pourtant bien différente de celle qui lie les cabinets de conseil à leurs « clients ». D'abord, parce que leur statut d'association de loi 1901 ou de groupement d'intérêt public en fait des organisations à but non lucratif. Les acteurs des ORQ se distinguent volontiers de consultants parfois désignés comme des « vendeurs de soupe du secteur privé », en soulignant que le travail sur l'évaluation s'inscrit dans une mission « d'intérêt public ».

« Il y a une chose extrêmement importante à comprendre : le REQUA ne jouera JAMAIS le rôle de consultant. » (Directeur du REQUA, entretien collectif I-46)

Ensuite, parce que les établissements, cotisants à l'association ou propriétaires d'une partie du capital du groupement d'intérêt public, constituent moins des « clients » externes aux organismes que des membres du conseil d'administration qui exercent un droit formel de contrôle sur leurs activités¹. Si, dans les faits, les équipes permanentes de ces organismes affichent une grande autonomie dans les thèmes de travail retenus et dans l'animation des projets, les ORQ doivent remettre au conseil d'administration un rapport d'activité annuel, et obtenir son aval lors des décisions d'initier ou de participer aux différents projets. A travers le conseil d'administration, les permanents des ORQ sont à l'interface avec les acteurs situés à la tête des deux lignes hiérarchiques « classiques » des hôpitaux (Stuedler, 1974) : le directeur et le médecin président de la commission médicale d'établissement (CME). Cette double interface formelle « par le haut » est complétée, dans la plupart des ORQ, par une interface « par le bas », à travers la désignation d'un « référent » volontaire dans chaque établissement, qui peut être un responsable qualité, un cadre de santé ou encore un médecin investi dans la démarche qualité. Ces correspondants représentent leur établissement dans les différents projets et constituent le principal « relais opérationnel » entre leur établissement et l'organisme régional, permettant de transmettre les informations dans les deux sens. A travers cet ancrage fort dans les établissements, les acteurs des ORQ considèrent agir d'abord dans l'intérêt de leurs adhérents et des professionnels de terrain.

¹ A titre d'exemple, le conseil d'administration du CCECQA est composé de 12 directeurs d'établissements, 12 présidents de CME, d'un directeur de soins infirmiers, des présidents d'université et de l'ISPED, du président de l'union régionale des médecins libéraux d'Aquitaine (RMLA). Le directeur de l'ARH, le directeur de la DRASS et les membres du CCECQA (directeur médical, président du conseil scientifique, secrétaire général) jouent un rôle consultatif.

« Nous notre but c'est de travailler POUR les établissements, c'est-à-dire de vivre avec, d'être avec les établissements. [...] On est beaucoup sur le terrain des établissements. » (Directeur du REQUA, entretien I-46)

Des organismes régionaux au service des institutions publiques

Pourtant, leurs activités les placent dans le même temps au service des institutions publiques nationales ou régionales, avec lesquelles ces structures entretiennent des relations étroites. En premier lieu, les ORQ se font les vecteurs régionaux de l'évaluation de la qualité portée par la HAS. Les permanents des organismes régionaux ont de multiples liens personnels avec l'institution nationale : certains sont ou ont été experts-visiteurs pour la procédure de certification, d'autres participent régulièrement aux formations qu'elle organise. Presque tous sont des « militants » de l'évaluation de la qualité depuis la fin des années 1990, convaincus du bien-fondé de leur mission de « relais régional » de la politique nationale. Les relations entre la HAS et les ORQ sont plus que cordiales.

« On a vraiment l'objectif de contribuer à la politique nationale, et le lien avec la HAS c'est bien pour ça, quand on choisit des thèmes de travail, on est à peu près sûr que c'est consistant avec la politique nationale. » (Entretien avec un acteur du CEPPRAL)

« Comme nous on n'est pas nombreux, avoir des relais régionaux ça nous arrange largement [...]. On propose aux différents réseaux de travailler avec nous, notamment sur certains indicateurs. [...] On demande aux réseaux qualité s'ils veulent bien faire de la formation dans leurs établissements ». (Responsable du service "indicateurs" à la HAS, entretien I-41)

Cette coopération autour de la qualité se traduit depuis 2008 par une reconnaissance officielle de ces structures comme des « organismes agréés pour l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) » et par la signature de « conventions de partenariat » permettant de contractualiser sur des projets communs : formations liées à la certification ou expérimentation de certains IQ. Ce travail d'intégration est visible dans l'organisation de « journées régionales » annuelles, en partenariat avec la HAS, rassemblant plusieurs centaines d'acteurs hospitaliers autour d'un thème en rapport avec la qualité. Au cours de ces réunions, la tribune est d'abord donnée aux représentants institutionnels (HAS, ministère de la Santé, chercheurs-experts), avant un moment d'échanges plus horizontaux permettant de mettre en valeur les projets locaux, par exemple en les récompensant par des « prix » symboliques décernés par les institutions. Ces journées permettent de mettre en contact les acteurs institutionnels avec les professionnels de terrain et de faire circuler de nombreuses informations entre ces univers. Accompagner régionalement les établissements dans le déploiement d'une « culture de l'évaluation », c'est en même temps contribuer aux missions de la HAS.

En deuxième lieu, certains ORQ participent activement aux activités de recherche financées par les institutions publiques. Si tous ne jouent pas un rôle de premier plan en la matière, certains d'entre eux ont contribué de manière très directe aux projets COMPAQH et CLARTE. Les activités de « recherche » et « d'accompagnement » de ces structures sont financées de manière étanche les unes par rapport aux autres, mais entretiennent de fortes affinités. Le CCECQA et le CEPPRAL permettent

par exemple aux chercheurs-experts de CLARTE d’avoir un accès privilégié aux données et de pouvoir expérimenter la construction de nouveaux IQ en situation. Le projet COMPAQH entretient de son côté des liens avec plusieurs ORQ qui « accompagnent » des établissements dans l’expérimentation d’IQ en cours de développement. L’un des médecins de santé publique du REQUA conserve par exemple un temps dédié pour participer au projet COMPAQH.

« C’est un échange de bons procédés : moi je reste au courant de ce qui se fait, et eux, bon, ils ont une facilité à tester certains indicateurs et à avoir un retour... » (Médecin en santé publique du REQUA, entretien collectif I-46)

Le projet PATH, coordonné par Pierre Lombrail, a aussi reposé sur un travail d’expérimentation en Loire-Atlantique, en Aquitaine et en Auvergne, facilité par les réseaux régionaux respectifs de ces régions, qui ont été en mesure de trouver des établissements volontaires. Le CEPPRAL et EVALOR, sont de leur côté en charge du « pilotage opérationnel » d’un projet international d’amélioration de la sécurité au bloc opératoire intitulé *High 5s* et déployé sous l’égide de la HAS¹. Les institutions publiques trouvent dans ce travail d’accompagnement régional un gage de la « faisabilité » et de « l’acceptabilité » des instruments ; participer à ces opérations de recherche présente pour les ORQ l’intérêt d’obtenir des sources de financement ainsi qu’une forme de reconnaissance institutionnelle.

En troisième lieu, les ORQ entretiennent des relations ambivalentes avec les institutions régionales. Dans le cas du GREQUAU et du CEPPRAL, les Agences voient d’un bon œil se développer une mutualisation des compétences en matière de qualité sans aller jusqu’à financer ces organismes. Dans le cas du REQUA et du CCECQA, le financement institutionnel régional représente presque la moitié des ressources des structures. Si un tel financement garantit la pérennité et renforce les structures, il pose aussi la question du contrôle susceptible d’être exercé par la tutelle. Les acteurs des ORQ souhaitent se garder de devenir le « bras armé » des institutions régionales.

« Il y a pas mal de demandes dans le conseil d’administration, notamment des directeurs, mais aussi des universitaires, qui disent "moins on a de liens avec l’ARS, mieux c’est". D’autres, [...] pragmatiques, qui disent... "Le moins on a de liens, le moins on a de financement"... [...] On est en train de négocier avec l’Agence régionale, pour savoir quel type de position on prend... [...] il faut qu’à un moment ou un autre une structure comme celle-là prenne sa position vis-à-vis des pouvoirs publics. » (Entretien avec un acteur du CEPPRAL)

En Aquitaine par exemple, le directeur de l’ARH trouve un intérêt à passer par un organisme régional qu’il décrit comme « l’enfant des hospitaliers » pour mobiliser les établissements. Dans le même temps, la participation du CCECQA à la « commande » de l’ARH autour de la généralisation précoce des IQ pose la question d’une autonomie sous financement qui prend la forme d’un équilibre subtil.

« C’est des liens vitaux [rires], mais dont on essaye qu’ils ne soient pas de subordination. Toute la difficulté, elle est là. On a une volonté d’indépendance, une politique propre, et on a un financeur qui est l’ARH, qui fait [...] qu’on ne peut pas se défaire de ce lien-là. [...] Toute

¹ Ces structures sont chargées d’accompagner neuf établissements dans la mise en place d’une *check-list* de la sécurité dans le bloc opératoire. Ce projet est expérimenté dans l’un des établissements étudiés dans la troisième partie de la thèse.

l'astuce c'est d'arriver à faire tout ce qu'on a envie de faire, sans être l'instrument de l'ARH. » (Entretien avec un acteur du CCECQA)

La participation du CCECQA aux projets très « politique » de l'ARH donne au comité une « reconnaissance » nationale et des financements ; d'un autre côté, elle met mal à l'aise certains membres de l'équipe attachés à une philosophie « au service des professionnels ». Les relations sont d'autant plus incertaines que la donne change, à partir de 2009, quand la loi HPST dote officiellement les Agences régionales de santé d'une compétence en matière de pilotage de la qualité. Les ORQ redoutent que ces institutions ne soient tentées de les englober ou de les contrôler davantage. C'est toutefois une forme de rapprochement vis-à-vis des ORQ, et de « sous-traitance » de leur rôle « d'accompagnement » qui semble se dessiner entre 2010 et 2012 : les ARS, quelque peu démunies face à leur nouvelle responsabilité en matière de qualité, se tournent volontiers vers les ORQ déjà opérationnels, légitimes, et actifs dans leur région.

« [Le CCECQA] est financé par les adhésions de ses membres... [...] C'est intéressant, parce que quand on veut toucher les établissements, nous aussi on peut se servir du CCECQA ! [...] Je pense qu'il y aura une évolution dans le statut de ces structures-là... Je ne sais pas s'ils seront aussi autonomes, s'ils seront plus proches de nous... [...] On les subventionne, mais bon de toute façon on ne peut quand même pas s'en servir comme des effectifs annexés à nous, hein... » (Directrice adjointe de l'offre de soins à l'ARS d'Aquitaine, entretien I-7)

Les institutions régionales s'accommodent ainsi assez bien de la solution d'un financement laissant une large part d'autonomie aux ORQ. Tout en agissant « au service des professionnels », ces organismes travaillent également pour le compte des institutions publiques nationales et régionales. Leur mode d'existence est bien de mettre en lien ces espaces sociaux différenciés.

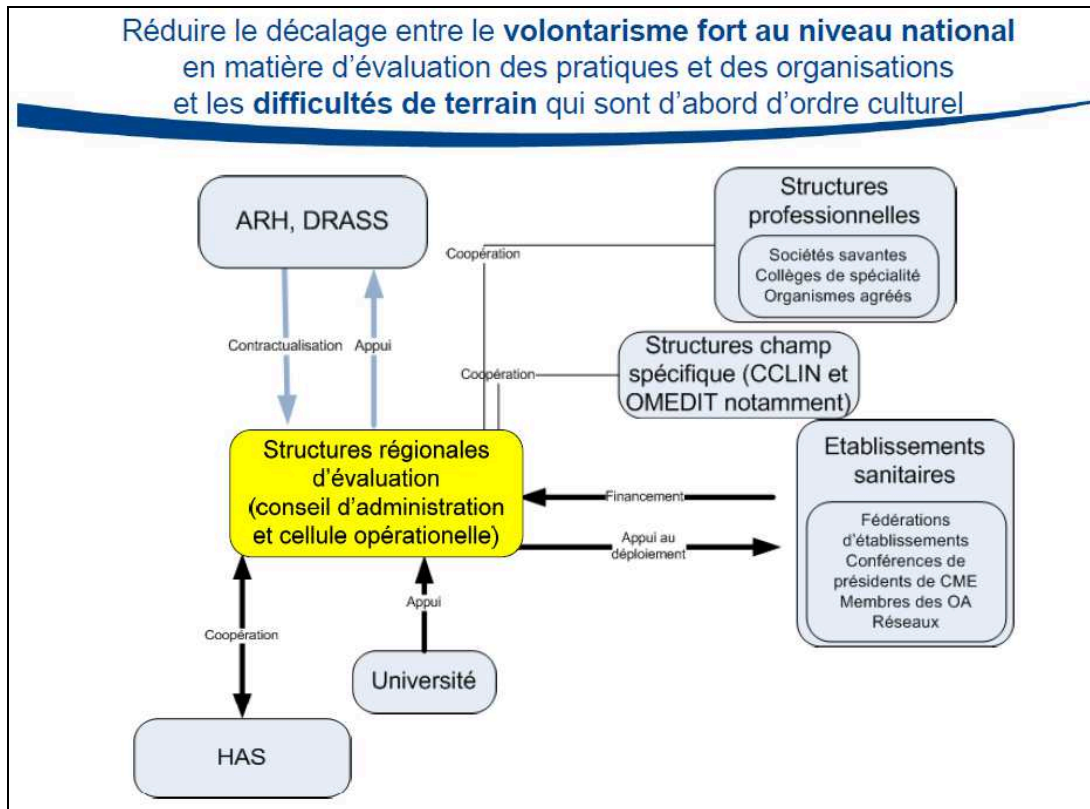
La position interstitielle stratégique des ORQ

Avec des différences selon les contextes régionaux, les différents ORQ intègrent dans leurs organisations les logiques hétérogènes et parfois antagonistes des professionnels de santé et des institutions publiques. Cette « interstitialité » est aussi cruciale pour ces organismes que pour les chercheurs technico-instrumentaux étudiés par T. Shinn et P. Ragouet (2000) et que pour les chercheurs-experts étudiés dans le chapitre 4 : elle est à la source d'une expertise propre, qui garantit leur autonomie par rapport aux deux univers qu'ils mettent en lien.

« Forcément, une structure régionale d'appui doit rendre des services à tout le monde [...]. Le mot "indépendance" est toujours très compliqué... On peut dire que le CCECQA est INTER-dépendant, vis-à-vis des établissements et de l'ARS. » (Entretien avec un acteur du CCECQA)

Cette caractéristique essentielle des ORQ est bien illustrée par l'une des diapositives de présentation mobilisée par le président de la FORAP lors des journées HAS de 2009 (voir figure 13 ci-après).

Figure 13. Les ORQ, des organismes interstitiels



Ce schéma est très révélateur du mode d'action de ces organismes. Ils ont pour vocation de mettre en relation, à l'échelle de leur région, les nombreux acteurs du secteur hospitalier. Pour l'essentiel, ils font d'abord le lien entre les politiques nationales (coopération avec la HAS) et les politiques régionales (contractualisation/appui avec les Agences régionales) dont la cohérence ne va pas de soi. Ils font ensuite le lien entre ces institutions publiques et les « structures professionnelles » (sociétés savantes, collèges de spécialité, etc.) de leur région. Ils font enfin et surtout le lien entre ces institutions publiques et les « établissements sanitaires » régionaux. « Réduire le décalage » entre tous ces acteurs, c'est en fait « réduire la distance » institutionnelle et cognitive qui les sépare. Le pouvoir de ces structures repose sur leur capacité à maîtriser l'interface entre des acteurs à distance et le contenu de leurs relations. Leur pouvoir vis-à-vis des gestionnaires et des médecins repose sur une ressource « d'expertise », articulant une capacité à se tenir informé des évolutions normatives impulsées par les institutions publiques et une « méthodologie » permettant de leur faire face.

« On est [...] un relais pour les établissements par rapport aux orientations stratégiques qui peuvent arriver, qu'on peut anticiper par nos projets. On est un petit peu "le phare" qui permet aux établissements de mieux se préparer [...] aux prochaines orientations auxquelles ils vont être soumis. » (Entretien avec un acteur du CCECQA)

Leur pouvoir vis-à-vis des institutions publiques repose sur leur capacité à mobiliser les acteurs hospitaliers de leurs régions et à opérer une remontée des « difficultés de terrain » permettant d'améliorer les dispositifs nationaux. Ces « entrepreneurs régionaux » font fructifier de manière concomitante ces ressources d'expertise et de déploiement opérationnel.

Si ces étranges organisations peuvent évoquer un « objet-frontière » (Star et Griesemer, 1989), ce concept ne permet pas de saisir la dimension essentiellement « verticale » de l'action publique qui se joue à travers elles, par la mobilisation de formes de relations plus horizontales permettant d'adoucir le déploiement de l'entreprise de rationalisation. La manière dont ont été placés les différents acteurs sur les axes de ce schéma est particulièrement révélatrice de ce mode d'action. En effet, l'ensemble donne une impression d'horizontalité entre les acteurs : l'auteur a pris soin de placer sur un même plan les établissements de santé et les ORQ ; il a également choisi de ne pas placer la HAS « au-dessus » de l'ensemble des acteurs. Pourtant, le titre du transparent met l'accent sur la raison d'être de ces structures : « *réduire le décalage entre le volontarisme fort au niveau national [...] et les difficultés de terrain qui sont d'abord d'origine culturelle* ». Le mode d'action de ces structures consiste bien à intégrer, à l'échelle de la région, les différents acteurs dans une démarche à dominante verticale et *top-down*. Mais cette intégration verticale est réalisée par le biais d'activités permettant des relations plus horizontales, notamment avec les professionnels, et des relations verticales *bottom-up*, permettant des remontées d'informations. Par ce rôle de « facilitateur » à l'échelle régionale, les ORQ contribuent d'une manière cruciale à déployer les indicateurs au plus près des professionnels.

2) Un déploiement régional multi-facette des IQ d'Etat

Si ces organismes régionaux n'agissent pas autour des seuls indicateurs de qualité, ces derniers ont progressivement pris de l'importance dans leur programme, au point de devenir un thème de travail autonome bien identifié dans la seconde moitié des années 2000. A travers l'accompagnement des établissements, l'action des ORQ se révèle cruciale dans le déploiement régional des IQ d'Etat.

Accompagnement régional et contribution au travail d'acculturation






























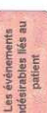










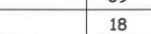




Les organismes régionaux conjuguent leur action à celles des chercheurs-experts et des représentants des professionnels pour acculturer les acteurs de l'hôpital aux techniques et aux logiques de l'évaluation de la qualité. Parmi tous ces intermédiaires de la nébuleuse, les ORQ sont particulièrement bien placés pour déployer « *un pilotage régional proche des [...] priorités locales et des territoires et s'assurant la participation active des professionnels*¹ ». Le maillage régional de ces structures est en effet loin d'être négligeable : la fédération des organismes régionaux (FORAP) revendique en 2009 plus de 700 établissements de santé adhérents, qu'il s'agit de mettre en contact avec les indicateurs en général et les IQ d'Etat en particulier. Ce travail de déploiement des indicateurs prend des formes différentes selon les organismes régionaux, qui se rejoignent toutefois sur l'essentiel : il s'agit toujours de susciter des apprentissages professionnels et de favoriser le











¹ Source : présentation de la FORAP par son président lors des rencontres de la HAS, en décembre 2009.

développement d'une expertise dédiée à l'évaluation de la qualité l'intérieur des établissements. Deux exemples permettent de saisir ces activités dans leur relative diversité.

Au REQUA d'abord, le travail d'acculturation aux techniques de la mesure prend la forme d'un « tableau de bord régional » d'indicateurs de qualité et de gestion des risques. Après plusieurs années d'utilisation en routine d'indicateurs « rustiques » puis de plus en plus sophistiqués pour suivre les différentes actions, la « mesure » de la qualité a fini par s'imposer comme un sujet autonome. En 2007, le REQUA a initié un travail pour mettre en place ce tableau de bord comparatif permettant à la vingtaine d'établissements volontaires de suivre l'évolution annuelle d'indicateurs de qualité. Un « groupe régional » composé de directeurs, de responsables qualité, de quelques médecins et de cadres a sélectionné une trentaine d'indicateurs parmi 200 envisagés initialement, qui leur semblent les plus importants. La sélection des indicateurs a été opérée de manière « participative », et dans la recherche d'un consensus : chaque participant du groupe de travail a donné une « note sur dix » aux indicateurs proposés, en fonction de trois critères : leur facilité à mesurer, leur adaptation à tous les types d'établissements et leur pertinence d'utilisation. Chacun des 30 indicateurs finalement retenus a été défini rigoureusement dans son mode de calcul, son périmètre, et son applicabilité par le médecin en santé publique du REQUA qui participe par ailleurs au projet COMPAQH. Depuis 2009, chaque établissement dispose de son tableau de bord pour les données 2007 et 2008 (voir figure 14).

Figure 14. Extrait du tableau de bord régional « qualité et risques » du REQUA¹

|  | | CH Factice | |  | |
|---|---|------------|--|---|---|
| Thème | Indicateur | 2008 | Evolution (2007) | Position régionale | Position nationale |
|  |  Absentéisme | 4,4 |  (5,0) |  5,0 |  8,3** |
| |  Accidents d'exposition au sang | 9,5 |  (9,0) |  10,4* |  8,8** |
| |  AT-MP avec lombalgie ou TMS | 2,4 |  (1,8) |  2,1* | - ND |
| |  Satisfaction globale du personnel | 82 | - ND | - 77 | - ND |
| |  Vaccination antigrippale | 38 |  (38) |  32 | - ND |
|  |  Prescription informatisée | 94 |  (91) |  60 | - ND |
| |  Dispensation nominative | 24 |  (24) |  52 | - ND |
| |  Respect du tri des déchets | 78 | - ND |  58 | - ND |
| |  Distribution repas (température) | 25 | - ND |  59 | - ND |
|  |  Analyse des EIG liés aux soins | 50 (1/2) | 100 (1/1) | 39 (9/23) | - ND |
| |  Prévalence des escarres | 3,4 | - ND |  5,9* | - ND |
| |  ICALIN* | 99 (A) |  (80-B) |  |  |
| |  ICSHA* | 59 (C) |  (42-C) |  |  |
| |  ICATB* | 18 (A) |  (18-A) |  |  |

 : ratio -  : proportion -  : délai - ND : non disponible - NA : non applicable - * : données comparatives selon type d'établissement (MCO / Médecine / Psychiatrie / SSR / SLD / HAD) -  : données comparatives selon statut d'établissement (Public / Privé) -  ou  : évolution négative ou positive par rapport à la dernière mesure -  : évolution non significative -  : résultat supérieur à la moyenne (régionale ou nationale) -  : résultat inférieur à la moyenne (régionale ou nationale) -  : résultat non significatif par rapport à la moyenne (régionale ou nationale) - * données 2007 - ** données 2006

ReQua - Mise en place d'un tableau de bord Qualité & Risques - Avril 2009

¹ Source : document papier récupéré lors de l'entretien collectif (I-46) au REQUA en 2010.

Chaque établissement dispose de ses « scores » et peut visualiser une évolution. Sont aussi présentés les « scores moyens » dans la région ou à l'échelle nationale, permettant de positionner l'établissement par rapport aux autres. Ce tableau de bord sert aussi de support à des opérations de *benchmarking* entre établissements volontaires. A travers cette démarche régionale, les acteurs du REQUA familiarisent les professionnels avec les modalités concrètes de l'évaluation, avec les modes de lecture et d'interprétation de ce genre de résultats. L'apprentissage se fait par la pratique : les professionnels hospitaliers sont « acteurs » de cette démarche dans laquelle ils s'engagent volontairement. Ce sont les usages internes de la mesure par les gestionnaires et les professionnels qui sont mis en avant.

« On ne fournit pas le produit de la pêche, on leur apprend vraiment à pêcher. "Comment vous allez faire ? A quoi ça vous sert ? Vous ne le faites que si vous pouvez avoir une utilité à la sortie". Et puis après, petit à petit, à force de donner des bonnes choses à manger, ben on est de plus en plus gourmet et gourmand ! [...] Ils développent leurs propres indicateurs, donc ils vont plus loin. [...] Ce n'est plus une contrainte, ils ont compris que c'est pour suivre un domaine qui peut permettre de progresser. » (Directeur du REQUA, entretien collectif I-46)

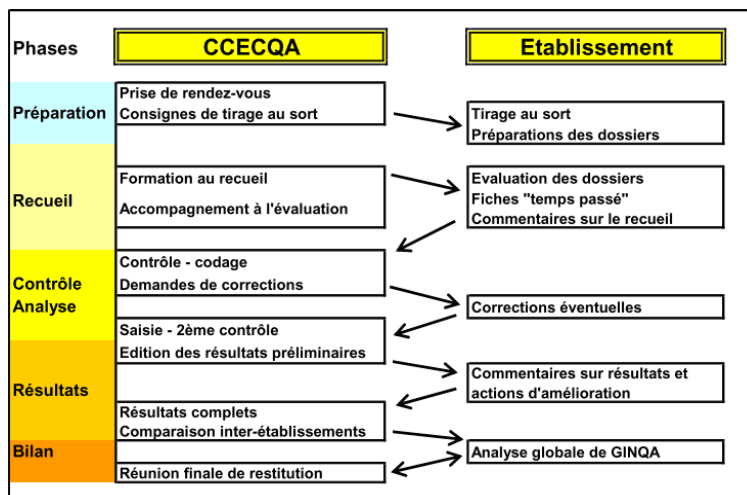
En accompagnant les établissements dans la mesure de la qualité en général, le REQUA déploie les IQ d'Etat en particulier : sur les 30 indicateurs mobilisés dans ce tableau de bord, huit correspondent à des indicateurs nationaux généralisés par les institutions¹. Les acteurs du REQUA considèrent que leur travail consiste aussi à démontrer l'utilité de ces IQ exogènes parfois mal accueillis par les professionnels. Cet accompagnement « pédagogique » n'est pas neutre : il véhicule le principe d'une évaluation comparative qui suscitait au début des années 2000 de fortes réticences.

« J'ai souvenir des premières réunions, c'était caricatural ! Vous aviez des gens qui provenaient du privé, du public... Chacun prenait des notes mais mettait un peu le bras autour pour que les autres ne copient pas ! [...] Il nous a fallu quatre ou cinq ans pour arriver à pouvoir faire ce qui était presque impensable au début : de l'audit croisé. Petit à petit, les gens ont compris. » (Directeur du REQUA, entretien collectif I-46)

Le second exemple est emprunté au CCECQA, dont le travail d'accompagnement ne prend pas seulement la forme de projets « participatifs ». A partir de 2006, le comité s'est en effet engagé dans la démarche de généralisation précoce et obligatoire des IQ en Aquitaine. Dans le cadre des projets GINQA et GINQA-MEDINA, pilotés et financés par l'ARH, le CCECQA est chargé d'assurer « l'organisation, l'analyse et l'accompagnement des établissements dans la production des indicateurs » (Hubert et al., 2007, p. 2) dans le double objectif d'introduire et de mesurer une amélioration dans les établissements. Le CCECQA est en première ligne : il organise et coordonne les différentes étapes du projet, en mettant son expertise méthodologique à la disposition des établissements afin de « faciliter » la mesure des données (voir figure 15 ci-après).

¹ Il s'agit de trois IQ de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN, ICSHA, ICATB) et de cinq IQ autour de la traçabilité des informations dans le dossier du patient (TDP, DAN, TRD, DTN, DEC). Pour des précisions, voir l'annexe 6.

Figure 15. Echanges entre le CCECQA et les établissements autour de GINQA¹



Il s'agit de familiariser les professionnels aux techniques de la mesure, en les faisant participer activement au recueil et en les aidant à s'approprier la méthodologie de l'évaluation. La démarche est ici « obligatoire » pour tous les établissements de la région. Elle prend de ce fait une ampleur importante, qui oblige le CCECQA

à contrôler la qualité des données recueillies en veillant au respect des consignes d'évaluation de manière à garantir la « reproductibilité » de la mesure, condition *sine qua non* de sa validité. Ce déploiement régional obligatoire implique tout un travail logistique.

« Mon travail, ça a été de monter un peu "l'usine à gaz", quoi. C'était nouveau, il fallait faire participer TOUS les établissements. Donc il y avait un gros travail de déblayage, il fallait identifier les établissements, monter les grilles de recueil [...] et organiser la chose, poser son idée sur le papier en y mettant du temps, des moyens, imaginer tout ce qu'il va falloir mettre en place pour que la mesure se fasse effectivement. » (Entretien avec un acteur du CCECQA)

Le comité a recruté plusieurs assistants de recherche clinique² pour former les correspondants locaux à la méthode d'évaluation et pour les assister dans le recueil des IQ. A partir de cet accompagnement sur le terrain, le travail du CCECQA consiste aussi à organiser le « retour d'expérience » de cette généralisation précoce vis-à-vis des institutions publiques, en testant les IQ en « conditions réelles ».

Séduire et rassurer : une contribution au travail idéologique à l'échelle régionale

A partir de leurs activités d'accompagnement des établissements, les acteurs des ORQ contribuent au travail symbolique déployé par les chercheurs-experts et les représentants des professionnels pour construire le « sens » des IQ. Les experts régionaux peuvent alors s'appuyer sur les liens de confiance qu'ils ont tissés de longue date avec les professionnels et sur leur connaissance des enjeux locaux. Lors des différents ateliers méthodologiques, réunions et au cours du recueil dans les établissements, le même message, maintes fois entendu sur le terrain, est martelé par les acteurs des ORQ : « il n'y a pas de démarche d'amélioration de la qualité qui soit possible sans mesure ». Encore faut-il convaincre les professionnels de l'utilité des IQ. Comme pour les chercheurs-experts ou

¹ Ce schéma provient du rapport du projet GINQA (Hubert et al., 2007, p. 4).

² Le CCECQA a recruté, sous la forme de contrats temporaires, deux ARC pour la mesure GINQA en 2006, et trois ARC pour la mesure GINQA-MEDINA en 2008-2009. Une ARC « interne » au CCECQA a participé aux deux mesures, permettant d'assurer une continuité entre les deux campagnes. D'autres acteurs au CCECQA ont également participé.

les « entrepreneurs-frontière » (Bergeron et al., 2013), la « multi-vocalité » est une ressource-clé dans le déploiement de ce travail idéologique, à travers deux registres.

Pour les acteurs des ORQ, il s'agit d'abord de « séduire » en faisant la démonstration pratique de l'utilité des IQ et en les présentant « sous leur meilleur jour » en fonction des différents types de professionnels. Les plus faciles à séduire sont les « responsables qualité », très engagés dans les activités des organismes régionaux, en quête d'outils « validés », lisibles et si possible ludiques pour mener à bien leur mission d'animation de la démarche qualité. Les formes graphiques sont travaillées par les ORQ dans la perspective de leur réappropriation possible par les experts locaux.

« [Pour GINQA] on voulait un rapport court, parce que plus il y a du texte et plus il est épais et moins les gens le lisent... Donc il y avait une partie où on rappelait quand même le contexte de l'étude, la méthodologie... Et ensuite, on avait dit en gros une page par indicateur. [...] Et il fallait quelque chose de visuel, où quand tu feuillettes le rapport tu vois tout de suite où ça va et où ça ne va pas. D'où ce système de barres. » (Entretien avec un acteur du CCECQA)

Séduire les médecins se révèle une mission plus ardue. Le fait que les IQ aient été « validés » dans le cadre de projets de recherche auquel ont participé les sociétés savantes médicales permet de leur donner une certaine légitimité « médicale ». Il est néanmoins souvent nécessaire d'adapter les arguments aux contraintes des professionnels : les acteurs des SRQ s'attachent par exemple à expliquer que les IQ vont permettre de « gagner du temps » par rapport à des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles par audit, plus lourdes. Les assistants de recherche clinique construisent le sens de la mesure de la traçabilité vis-à-vis de médecins souvent réticents.

« [Le problème des médecins] c'est de tracer quand il n'y a pas de traitement médicamenteux... [...] "Attendez, on ne va pas tracer ce qu'on ne fait pas". "Si, vous êtes obligés. Une personne qui arrive derrière, nouvelle dans le service, vous voulez voir ce qu'un patient a comme traitement, vous prenez le dossier, vous ne voyez rien. Vous en pensez quoi ?" [...] Là, ils nous disent "effectivement". On essaye de les mettre dans ces situations-là. Quand ça a du sens, ils comprennent. » (Assistant de recherche clinique du CCECQA, entretien I-13)

Pour séduire les gestionnaires, les acteurs des ORQ valorisent la participation de leurs établissements. En Aquitaine par exemple, les quatre « premiers » établissements de la région lors de la mesure GINQA en 2006, qui était anonyme, ont ainsi accepté sans se faire prier de révéler le nom de leur établissement et de présenter leurs « bonnes pratiques » aux autres établissements de la région.

Un autre levier réside dans la capacité des experts régionaux à « rassurer » certains acteurs hospitaliers face à l'anxiété que suscite l'essor d'IQ généralisés donnant lieu à des classements publics. Par leur accompagnement, les ORQ se présentent comme une « garantie » que ce contrôle sera exercé dans de bonnes conditions et dans le respect des professionnels. En Aquitaine par exemple, la « levée de l'anonymat » a été acquise progressivement, au bout de deux ans de mesures, de manière à rassurer les acteurs sur la validité des données et leurs capacités d'appropriation. Les experts jouent de « l'inexorabilité » du processus de mise en transparence de la qualité à l'hôpital, qu'ils contribuent à construire au niveau régional, pour mobiliser les acteurs autour des indicateurs.

« La tendance inéluctable, c'est que le nombre d'indicateurs augmentera [...]. Je ne vois pas comment on pourrait rendre le système " plus intelligent". Ce qu'il faut, c'est que les GENS deviennent plus intelligents, qu'on arrive à concevoir qu'une information produite pour l'extérieur, on peut aussi l'utiliser en interne ! » (Entretien avec un acteur du CCECQA)

Les experts régionaux s'attachent à « donner du sens » aux objectifs institutionnels de mise en transparence et de comparaison vis-à-vis des acteurs hospitaliers, notamment autour de l'argument du « benchmarking » qui doit permettre l'échange des meilleures pratiques. Les acteurs des SRQ adaptent aussi leur discours de « réassurance » aux contextes régionaux. Le CCECQA et le REQUA se rejoignent plutôt sur l'intérêt de se positionner « à l'avant-garde » de ce mouvement inexorable, afin d'en maîtriser les enjeux par anticipation : mieux vaut être formé par avance aux méthodes d'évaluation si l'on souhaite être bien classé. En Auvergne, la situation est bien différente. Les acteurs du GREQUAU, plus circonspects au sujet des IQ d'Etat, ne sont pas convaincus de pouvoir évaluer « la qualité hospitalière » par un petit nombre d'IQ généralisés et nationaux. Le GREQUAU participe néanmoins lui-aussi activement aux formations et à l'accompagnement des établissements pour éviter que les établissements ne se retrouvent « à l'arrière-garde » du mouvement.

« Pourquoi est-ce que PATH a eu autant de succès au niveau des établissements ? Pourquoi est-ce que lorsqu'on a voulu lancer COMPAQH les gens étaient tellement prêts à le faire ? C'est qu'à un moment donné ils ont dit "il faut qu'on rattrape notre retard". [...] On était suffisamment "petits" et un peu "oubliés", on avait besoin de se serrer les coudes. » (Médecin en santé publique du GREQUAU, entretien collectif I-8)

En jouant du double registre de la séduction et de la réassurance par rapport à une anxiété latente construite par les palmarès et les usages administratifs de la mesure, les organismes régionaux encouragent l'engagement des établissements de leur région dans la mesure. Dès lors que certains participent « volontairement » aux démarches, d'autres sont fortement incités à suivre.

« Au départ, on lance un travail, les gens viennent sur la base du volontariat, mais quand les autres établissements voient le résultat ils disent "je viendrais bien". Et c'est comme ça que ça s'étend. » (Directeur du REQUA, entretien collectif I-46)

Les organismes régionaux, pour la plupart fondés par un petit groupe d'établissements, ont vu la proportion d'établissements adhérents croître jusqu'à la quasi-exhaustivité à l'échelle de leur région.

Amortir les tensions institutionnelles : un déploiement régional opéré « en douceur »

Déployer les IQ d'Etat, c'est aussi « accompagner » leur généralisation en douceur, en amortissant les tensions qui se font jour lors de la rencontre entre la démarche institutionnelle et les professionnels de terrain. En effet, si certains acteurs sont investis dans l'évaluation à l'échelle locale, les professionnels hospitaliers sont nombreux à percevoir le déploiement d'IQ d'Etat comme une opération de contrôle bureaucratique externe sur leurs activités¹. Les experts des ORQ ont développé des compétences spécifiques pour amortir les tensions, particulièrement visibles dans les activités des

assistants de recherche clinique (ARC) du CCECQA, recrutés pour « accompagner » la mesure². Ces ARC ont sillonné l'Aquitaine pendant plusieurs mois afin d'orchestrer le recueil. En amont, elles prennent rendez-vous avec les représentants des établissements, qui doivent s'organiser pour avoir tiré au sort les dossiers à auditer par l'intermédiaire d'un logiciel national afin d'éviter tout « biais local » propre à cette méthode. Le recueil consiste à évaluer plus d'une centaine de dossiers permettant d'alimenter les différents indicateurs, « sortis » des services et réunis pour l'occasion dans une salle de réunion équipée de matériel informatique. Le recueil dure une ou deux journées et mobilise plusieurs binômes d'acteurs hospitaliers, parmi lesquels des responsables qualité, des directeurs adjoints, des cadres de santé, mais aussi des médecins anesthésistes, cardiologues et neurologues, dont la présence est requise pour les IQ les plus proches des pratiques médicales.

Lorsqu'elles arrivent sur site, les ARC commencent par « prendre la température », c'est-à-dire par faire le point sur les acteurs présents pour la journée de recueil. Dans le meilleur des cas, les acteurs hospitaliers présents sont les volontaires qui ont été formés par le CCECQA. Mais les ARC ont vécu toute une série de situations bien moins agréables : tel établissement a mobilisé des gestionnaires incapables de lire un dossier médical ; tel autre a décrété ne consacrer qu'une journée aux IQ, rendant tout contrôle sur les opérations impossible pour les ARC ; tel grand établissement a réservé un accueil glacial aux ARC et n'est même pas allé consulter les résultats de la mesure par la suite ; tel petit établissement a vécu le recueil comme un prétexte de l'ARH pour le prendre en défaut afin d'obtenir sa fermeture, etc. Parfois, les difficultés commencent dès la phase en amont du recueil, quand les établissements font face à des bugs informatiques sur la plate-forme de tirage au sort.

« C'était mortel. [...] Quand c'est comme ça, on frôle l'émeute... On se sent complètement démuni... C'est hyper-dur pour eux, et on en prend plein la tête alors qu'on n'y est pour rien... On comprend leur colère, aussi. [...] La HAS, elle passe pour une organisation qui ne tient pas la route. L'image du terrain c'est "la HAS, c'est des bureaucrates qui sont loin, qui organisent des choses mais qui sont même pas au point". » (Entretien avec une ARC du CCECQA)

Dans les cas majoritaires où il n'y a pas de problème informatique, le premier contact est souvent l'occasion des premières tensions : le statut des ARC n'est pas clair pour les professionnels.

« La plupart du temps, quand on arrive, on nous dit "c'est des dames de la HAS" [rires]. [...] La semaine dernière, [...] ça n'a pas loupé, il y en a un qui a dit "ah ben vous venez nous contrôler..." [...] On est obligé pendant la première heure de resituer le cadre : "voilà, il y a la HAS qui a fait la demande d'évaluer, nous on est une structure dissociée de tout ça, mandatée par l'ARH d'Aquitaine pour vous accompagner"... » (Entretien avec une ARC du CCECQA)

¹ La troisième partie de la thèse analysera la plurivocité des positionnements professionnels à l'échelle des établissements.

² Les quatre ARC participant à l'opération GINQA-MEDINA en 2008-2009 sont des femmes. Trois ont été recrutées pour un contrat de 10 mois à cette occasion, alors que la quatrième est une permanente du CCECQA depuis plus de dix ans, connaissant bien les établissements aquitains. Les trois « nouvelles recrues » ont un parcours en lien avec le secteur hospitalier : la première a un parcours de neuropsychologue, la seconde un parcours d'infirmière, la troisième une formation de préparatrice en pharmacie ayant débouché sur un poste d'assurance qualité pour l'industrie pharmaceutique.

Au cours du temps, les ARC ont développé un art de la persuasion qui leur permet de réaliser leur travail dans de bonnes conditions et d'« amortir » cette perception de contrôle.

« Ils ont très peur de l'ARH, des conséquences que ça peut avoir au niveau de leur budget, au niveau de la prise en charge [...]. Il faut relativiser les choses [...] Je me présente comme étant du CCECQA en "accompagnement", je ne dis pas le mot "audit". [...] On essaye de les rassurer, on leur dit qu'on vient les aider, qu'on ne vient pas forcément que les contrôler... C'est vraiment un rôle d'aide, d'explication... » (Entretien avec une ARC du CCECQA)

Après cette « clarification », les ARC organisent les binômes : c'est souvent un professionnel de santé qui est chargé de l'évaluation du dossier, pendant qu'une ARC s'occupe de « coder » chaque item dans le logiciel développé par la HAS pour calculer automatiquement les résultats. A cette étape technique du recueil, la relation avec les responsables qualité et les cadres de santé est présentée comme relativement facile. Le travail avec les médecins se fait parfois dans des conditions plus tendues : certains s'énervent par rapport aux IQ, qu'ils estiment mal construits pour refléter la réalité de leurs pratiques, dont les consignes sont parfois peu claires, et qui ne leur semblent pas systématiquement conformes aux bonnes pratiques médicales. Les médecins sont régulièrement agacés par l'exigence de traçabilité de « non-informations ». Certains n'hésitent pas à interpréter très librement les critères face aux ARC.

« La dernière fois, [dans le dossier anesthésique] ils n'avaient pas la mesure DTM [distance thyro-mentonnaire]. Et ils avaient la "mobilité cervicale". Donc, moi, je dis à la personne "attendez, il me semble que ce n'est pas la même mesure". Un médecin qui était là [elle prend un ton méprisant] : "il faudra nous expliquer la différence". J'ai accepté. En rentrant chez moi j'ai vérifié, et en fait c'est pas du tout la même chose ! On arrive dans des situations où on se fait un peu coïncider... On fait confiance, ce n'est pas évident [rires] d'aller à l'encontre des médecins. Ils jouent un peu de leur statut. » (Entretien avec une ARC du CCECQA)

Là encore, les ARC déploient tout un panel de tactiques pour gérer la situation. Il s'agit d'abord de faire preuve de « souplesse », de montrer des capacités « d'écoute » et d'empathie, de « rassurer » les médecins sur le fait qu'on évalue essentiellement la traçabilité plutôt que leurs « pratiques ». Ne souhaitant pas se mettre les professionnels à dos lorsqu'elles ne peuvent pas s'imposer dans une situation de recueil trop tendue, les ARC cèdent, tout en notant scrupuleusement tous les problèmes de recueil sur une fiche qui sera transmise à l'ARH en même temps que les résultats des IQ afin de « garder trace » des abus ou des triches éventuelles.

Les ARC peuvent aussi engager les acteurs professionnels « réfractaires » à exprimer directement leurs doutes auprès du directeur *médical* du CCECQA, et garantir que les remarques et critiques professionnelles seront « remontées » auprès des institutions publiques¹. Les experts régionaux se présentent ainsi à la fois comme les « porte-voix » de la HAS et les « porte-paroles » des acteurs professionnels. Mais ce travail de transmission est un travail actif, au cours duquel les contenus échangés sont quelque peu transformés : les critiques professionnelles issues du « terrain »

¹ La HAS a notamment décidé de ne pas généraliser l'IQ de prise en charge de l'accident vasculaire cérébral, jugé non mature suite à l'expérimentation réalisée en Aquitaine.

sont reformulées par les acteurs des ORQ dans un langage « constructif » acceptable pour les institutions publiques, à travers un travail d'euphémisation des critiques, dont la force et les contenus sont quelque peu occultés derrière les « difficultés de terrain » présentées comme étant d'ordre « culturel ». Au cours du processus de collecte et de traitement des IQ en Aquitaine, des informations se retrouvent atténuées : les nombreux « cas particuliers » et « problèmes de recueil », scrupuleusement notés par les ARC n'apparaissent finalement que sous une forme adoucie dans les rapports du CCECQA. Parmi les informations occultées figure le sentiment partagé par les ARC que la mesure « obligatoire » à grande échelle n'aurait aucun sens sans un accompagnement local¹. Les risques de « triche » et l'enthousiasme professionnel faible que perçoivent les acteurs du CCECQA sont retraduits en « difficultés d'appropriations », dont il s'agit de comprendre les ressorts².

Cette atténuation n'implique évidemment pas que les acteurs des ORQ soient des « êtres machiavéliques » passés experts dans la manipulation des informations : elle est plutôt induite par l'interdépendance entre les acteurs du système, qui place le CCECQA dans une position de facilitateur dont les activités doivent permettre de « mettre de l'huile dans les rouages ». Comme le soutient notamment N. Brunsson dans ses travaux consacrés à « l'organisation de l'hypocrisie » (2002), des formes de « découplage » entre justifications et actions servent parfois à protéger la légitimité de l'organisation. Pour les experts des ORQ, ce travail d'euphémisation au concret permet de garantir l'intégrité du système social hétérogène autour des IQ d'Etat. Si les acteurs du CCECQA peuvent difficilement remettre en question la démarche d'auditabilité à laquelle ils participent activement, ils ne peuvent pas non plus relayer une perception enchantée du déploiement des IQ d'Etat qui serait fort éloignée des perceptions « locales ». En revanche, ils peuvent *amortir* les tensions, se montrer à l'écoute, insister sur les problèmes « techniques » et affirmer haut et fort que les préoccupations professionnelles ont été transmises. Là où l'ARH d'Aquitaine déploie les IQ de manière autoritaire, là où de nombreuses autres agences font un usage encore embryonnaire de ces mesures, les ORQ les portent en douceur et les diffusent dans le registre de l'accompagnement méthodologique. Ce travail n'est toutefois pas neutre pour leur position institutionnelle.

Déploiement de l'évaluation externe et mise en tension de la position des ORQ

Ce qui justifie l'existence et fait toute la force de ces organismes régionaux, c'est finalement un équilibre en tension entre les différents acteurs et logiques qu'ils contribuent à intégrer par leurs

¹ Les indicateurs ont été généralisés au niveau national sans prévoir l'envoi d'ARC dans tous les établissements de France. La HAS a toutefois initié une réflexion sur la manière de contrôler la qualité des données dans les établissements de santé.

² C'est dans ce contexte que le CCECQA a été « partenaire » de l'équipe de sociologues financée en 2009 par la HAS pour réaliser une enquête sur « l'impact de la généralisation des indicateurs de qualité en Aquitaine » (Benamouzig et al., 2010), qui a permis de réaliser une partie du travail empirique de cette thèse (voir parcours de recherche – annexe 1). Le CCECQA cherchait, à travers cette enquête sociologique, à identifier les « freins » et les « moteurs » de l'appropriation des indicateurs, là où les sociologues ont développé une étude du déploiement de ces dispositifs plus distanciée de ces questions normatives.

activités interstitielles. L'autonomie des ORQ est le fruit de leur capacité à conserver une distance équilibrée avec les acteurs institutionnels et professionnels, l'« équidistance » étant la garantie d'un travail au service de « l'intérêt de tous ». Les organismes qui se sont pleinement imposés dans le paysage institutionnel régional sont en effet ceux qui sont financés pour moitié par l'Agence régionale et pour moitié par les établissements adhérents. Autour de 2010, cet équilibre subtil apparaît incertain : la montée en puissance de l'évaluation de la qualité à l'échelle nationale et régionale s'accompagne d'une tentation, pour les institutions publiques, de contrôler davantage les organismes de qualité. Au moment de l'enquête de terrain, ces acteurs étaient pris dans une controverse concernant la terminologie à adopter pour désigner ces étranges organismes à l'avenir : leur destin est-il de demeurer des « organismes régionaux d'appui à l'évaluation » garantissant leur autonomie et leur rôle d'accompagnement, ou de se transformer en « organismes régionaux d'évaluation » chargés d'évaluer directement les structures hospitalières pour le compte des institutions ?

L'implication des ORQ dans le déploiement des IQ d'Etat apparaît à la fois comme un passage obligé dès lors que les organismes souhaitent rester crédibles vis-à-vis des institutions publiques et comme un risque pour leur position à mi-distance entre acteurs hospitaliers et institutions : un rapprochement de la tutelle régionale ou des institutions nationales risque de saper une partie de leur légitimité vis-à-vis des acteurs professionnels, en les identifiant à une dynamique de contrôle institutionnel bien différent de la philosophie initiale de l'évaluation, très marquée par l'autocontrôle professionnel. C'est bien l'identité-même de ces ORQ qui est en jeu.

« C'est vrai que GINQA a été un moment où s'est créé le trouble. Je me rappelle, j'avais été invité à l'Assemblée générale de la FHP, les questions c'étaient "vous êtes quoi, vous, au CCECQA ? Une structure ARS ? » (Entretien avec un acteur du CCECQA)

Cette tension est bien saisie par l'ensemble des acteurs des organismes régionaux, qui portent un regard ambivalent sur celle d'entre elles qui est la plus investie dans les démarches. D'un côté, tous reconnaissent que cette participation est un facteur de « force » pour le comité aquitain, qui bénéficie d'une reconnaissance nationale et d'une expertise mise à la disposition des établissements de la région. D'un autre côté, certains trouvent qu'une telle participation constitue un « jeu dangereux » à travers lequel le CCECQA risque de se transformer en « bras armé » des institutions publiques. Cette tension est d'ailleurs palpable à l'intérieur-même du CCECQA, où tous les acteurs se montrent réflexifs sur cette question. Les dirigeants du comité considèrent que les termes « d'appui » et « d'évaluation » ne sont pas contradictoires, dès lors que le conseil d'administration garde la main sur la participation aux différents projets, et que le CCECQA reste clair et cohérent dans ses différentes missions. D'autres acteurs du comité vivent de manière plus négative cette évolution vers des missions de contrôle externe. Attachés à l'auto-évaluation par les professionnels, certains sont mal à l'aise par rapport à cette évolution, craignant que le CCECQA ne « perde son âme » en accordant de moins en moins de place à des projets locaux émanant des établissements. Quelques experts du CCECQA sont même

farouchement opposés au déploiement de mesures d'Etat dont ils ne perçoivent pas l'utilité et qu'ils interprètent comme un « leurre » permettant surtout de donner l'illusion d'un travail sur la qualité.

« Est-ce que le CCEQA va dans le sens d'une espèce de chose qu'on ne maîtrise pas vraiment, et ça serait la mesure à tout crin, l'efficacité, la performance... Oui, bien sûr, totalement ! [...] Les projets de l'ARH je ne les approuve pas tous, et notamment ces histoires d'indicateurs [...]. Il faut à peu près une demi-seconde pour savoir ça quand on va dans un établissement, voilà, ça manque d'argent et de personnel. [...] J'ai l'impression qu'on demande aux gens de se concentrer sur des choses pour finalement essayer de faire passer d'autres choses, à côté, qui sont carrément graves. » (Entretien avec un acteur du CCECQA)

Cette tension est aussi ressentie au sein des autres organismes régionaux. Le REQUA par exemple, qui affiche le plus fortement son « indépendance » institutionnelle, était approché en 2010 par l'ARS en vue d'établir un tableau de bord d'indicateurs dans le secteur médico-social ; il envisageait aussi de signer une convention avec la HAS en vue de l'expérimentation de nouveaux IQ dans les établissements de Franche-Comté. Si aucun acteur ne souhaite véritablement changer la nature de ces organismes interstitiels, ils semblent happés, presque malgré eux, dans une régulation externe de la qualité dont ils ont besoin pour continuer à exister, au risque de mettre en danger la proximité avec les professionnels. Les ORQ « réfractent » en région des interrogations très comparables à celles qui ont été mises en évidence au sein de la HAS depuis la décision du Collège de participer à la généralisation d'IQ en 2006.

« Les établissements cheminent, et le CCECQA évoluera en parallèle. Ils acceptent de plus en plus de rendre des comptes à l'ARS. Ils sont dans une marche vers la transparence... On est très loin de la transparence totale, qui n'existera jamais... Mais qu'il faille rendre des comptes, c'est passé dans les mœurs. [...] Et [la généralisation d'indicateurs] a beaucoup contribué à ça. »

Entretien avec un acteur du CCECQA

La position interstitielle stratégique des organismes régionaux leur permet de déployer en douceur les instruments d'Etat et les logiques qu'ils encapsulent auprès des professionnels de leurs régions. Le travail de déploiement des ORQ repose moins sur « l'autorité » de l'Etat que sur une autre ressource : l'organisation. *« [Organisation] denotes the possession of a stock of people with whatever skills they may have (soldiers, workers, bureaucrats), land, buildings, materials and equipment, somehow arranged »* (Hood, 1986, p. 6). En effet, l'action des SRQ repose sur l'engagement, les convictions et les compétences de leurs acteurs permanents, qui ont « entrepris » de promouvoir l'évaluation et la qualité dans leur région. Sans être des « bureaucrates » au sens étroit du terme, ces experts régionaux sont un rouage clé dans le déploiement de l'action publique autour des IQ. Au sein de la nébuleuse autour des IQ, ils exercent une forme douce de « pouvoir d'influence » relativement discret évoquant celui des « trous noirs du pouvoir » étudiés par d'autres auteurs (Lascoumes et Lorrain, 2007, p. 2). A une certaine distance de la coercition institutionnelle, ces acteurs orchestrent l'acculturation progressive et prudente des acteurs hospitaliers à l'auditabilité.

Conclusion : le travail de déploiement régional comme mode d'intégration

« Il ne s'agit évidemment pas de promouvoir la transversalité contre la verticalité de l'organisation actuelle, mais de la conjuguer avec cette verticalité. »

Rapport Ritter consacré à la création des ARS (2008, p. 24)

L'analyse des activités des Agences régionales et des organismes de qualité montre l'intérêt d'étudier le *travail opérationnel* qui est mis en œuvre par une variété d'intermédiaires régionaux autour des IQ d'Etat. Loin d'être désincarnées, les logiques institutionnelles sont portées par tout un ensemble d'acteurs qui mettent en contact les professionnels avec l'instrumentation et ses usages. L'institutionnalisation des IQ à l'échelle régionale apparaît ainsi très éloignée d'une simple « mise en œuvre » de la politique nationale, d'abord, parce qu'elle est loin d'être acquise dans toutes les régions, ensuite parce qu'elle est le fruit de tout un « travail créatif », tel qu'il a pu être décrit par les « premiers » institutionnalistes : *« institutions are staffed and are created to do the job of regulating organizations. This staffing, and all the creative work that is involved in financing, governing, training, and motivating institutional actions by that staff in organizations, has been lost in recent institutional theorizing. This staffing was central to the old institutionalism, which is why it looked so different »* (Stinchcombe, 1997, p.1).

Lorsqu'il existe, ce travail opérationnel à l'échelle régionale peut finalement prendre deux formes assez différentes mais néanmoins articulées. Dans le contexte de la généralisation nationale obligatoire des IQ d'Etat, l'échelon régional « classique » de l'administration peut utiliser la coercition pour mettre en scène les usages bureaucratiques autoritaires dont les IQ sont censés faire l'objet. Clairement visible en Aquitaine, où l'Agence régionale suscite de l'anxiété autour des IQ d'Etat, ce déploiement institutionnel est encore embryonnaire dans les autres régions à la fin des années 2000. L'essentiel du travail opérationnel régional se déroule dans l'ombre de ces usages administratifs affichés mais encore incertains, à savoir dans les activités d'accompagnement de ces étranges organismes régionaux qui ont émergé à l'interstice des institutions publiques et des acteurs professionnels locaux, qui exercent une forme de pouvoir moins coercitive, s'attachant à séduire et à rassurer les professionnels plus qu'à les intimider, qui peuvent, pour déployer les IQ d'Etat en douceur, s'appuyer sur les labels de « validité » métrologique et d'« acceptabilité » professionnelle dont ils sont équipés.

Ces deux types d'acteurs régionaux constituent deux rouages hiérarchiques intermédiaires de l'action publique, dont l'articulation problématique est révélatrice des tensions qui se font jour entre deux modes de gouvernement du secteur sanitaire. Les ARS prolongent surtout la ligne d'action de l'administration centrale dans une logique d'optimisation économique volontariste, alors que les ORQ prolongent plutôt celle de la HAS dans une logique de transformation en douceur, par le biais de la qualité et de ses instruments. Ces deux chaînes se renforcent de manière concomitante depuis le milieu

des années 1990. Loin de s'ignorer mutuellement, elles entretiennent des relations complexes et ambivalentes. D'un côté, elles portent des modes d'exercice du pouvoir contrastées, qui ne peuvent s'intégrer véritablement dans une seule organisation régionale sans perdre leurs caractéristiques fondamentalement distinctes. D'un autre côté, aucune de ces deux formes ne semble pouvoir exister de manière parfaitement indépendante de l'autre : l'injonction bureaucratique ne peut se déployer sans accompagnement des professionnels et des établissements ; les activités de conseil ne peuvent s'épanouir que dans l'espace créé par le déploiement d'une instrumentation porteuse d'un contrôle institutionnel raffermi ; les Agences régionales ont ainsi du mal à se cantonner dans un rôle purement réglementaire et sont contraintes de s'appuyer sur les organismes plus participatifs de leurs régions ; les ORQ sont quant à eux entraînés dans une fonction « d'appui normatif » qui met en tension l'équilibre fragile sur lequel ils reposent.

Dans la dualité de ce travail de déploiement des IQ à l'échelle régionale, ce sont bien les tensions caractéristiques de la dynamique d'intégration progressive des professionnels de santé au sein d'un système institutionnel davantage hiérarchisé et contrôlé qui se jouent. Si l'essor de pratiques contractuelles constitue un « levier d'intégration » (Benamouzig et Pierru, 2011, p. 330), ce n'est pas seulement par la « *superposition de nouveaux échelons de contractualisation, qui définissent une chaîne de pouvoirs plus directement contrôlée par les tutelles* » (p. 331), mais aussi parce que cet essor suscite l'émergence d'étranges structures interstitielles, peuplées de professionnels qui ont embrassé des pratiques de gestion transversale et dont l'action quotidienne consiste à rapprocher logiques institutionnelles et logiques professionnelles locales en amortissant les tensions suscitées par un processus à dominante verticale. En effet, l'intégration ne peut opérer sans susciter de conflit majeur qu'en favorisant un engagement des gestionnaires d'établissements et des professionnels dans les démarches déployées par les institutions, ce qui implique un travail d'articulation des contraintes bureaucratiques externes avec les marges d'autonomie des professionnels dans leurs activités. Cette dynamique doit conjuguer « verticalité » et « transversalité » sous la forme d'organisations hiérarchiques intermédiaires encore peu stabilisées au début des années 2010, qui cherchent encore comment alterner « injonction » et « accompagnement » autour des IQ généralisés par l'Etat.

Conclusion de la deuxième partie

Au cœur de la rationalisation en douceur : une nébuleuse intégratrice

« Adequate measurement, clearly, means disciplining people as well as standardizing instruments and processes. »

T. Porter (1996, p. 28)

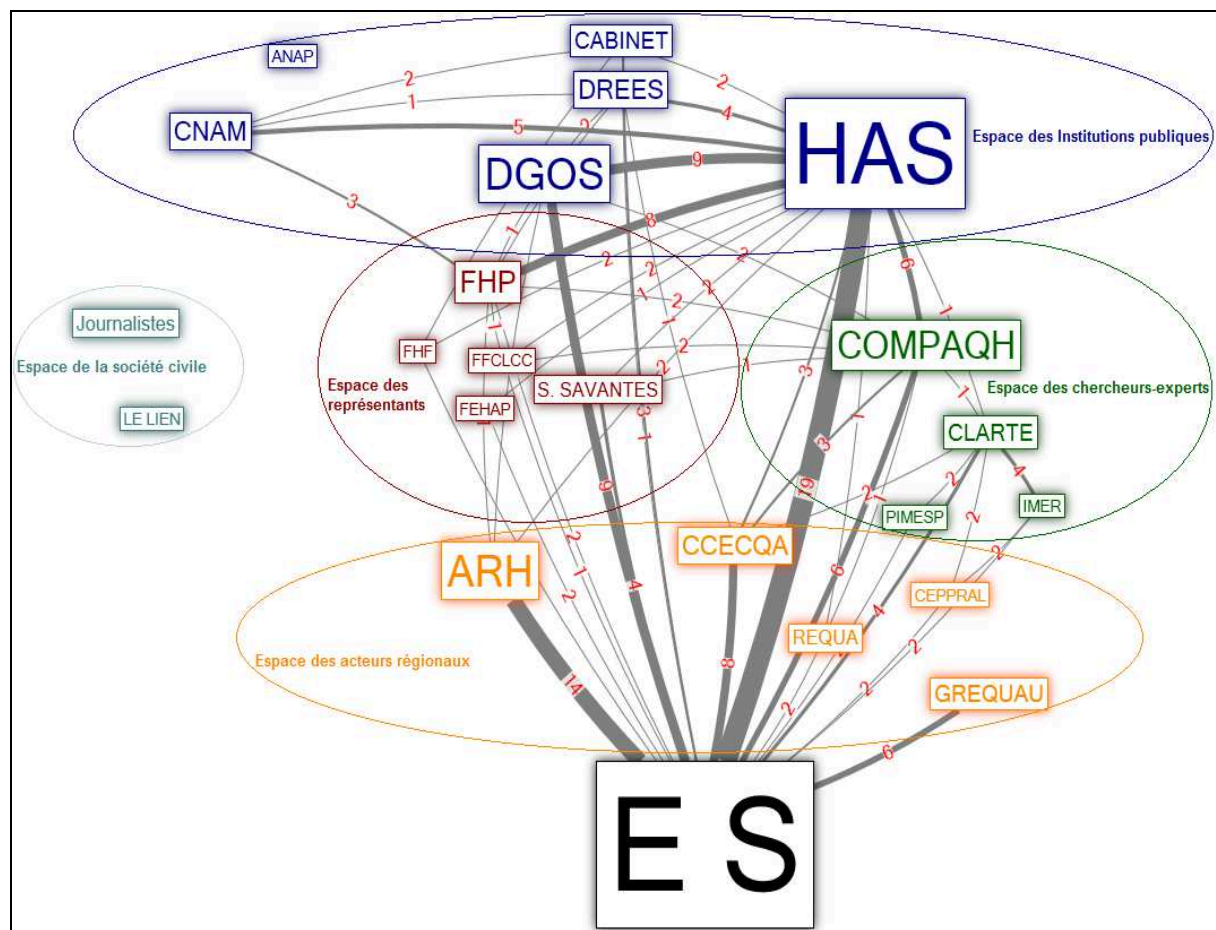
Comment les IQ sont-ils légitimés et déployés par les intermédiaires entre institutions et professionnels ? Le **chapitre 4** a montré comment des indicateurs « validés » sont construits au cours des activités métrologiques orchestrées par des chercheurs-experts. Cette première forme de travail intermédiaire fabrique leur robustesse, les pare d'une légitimité scientifique et contribue à les diffuser auprès des professionnels. Le **chapitre 5** a analysé comment « l'acceptabilité » professionnelle des IQ d'Etat se construit à travers les activités de négociation des fédérations patronales hospitalières et de certaines sociétés savantes médicales. Cette deuxième forme de travail intermédiaire fabrique le compromis entre institutions et professionnels autour des mesures d'Etat et contribue à diffuser l'instrumentation à grande échelle. Le **chapitre 6** a finalement montré comment deux types d'acteurs opèrent le déploiement opérationnel des IQ d'Etat au plus près des professionnels de leurs régions. Cette troisième forme de travail intermédiaire prend des formes inégales selon les régions. Elle est marquée par la tension entre le déploiement autoritaire par les institutions régionales et le déploiement en douceur par les organismes régionaux de qualité, dont l'articulation contribue à mettre en contact les acteurs hospitaliers avec les indicateurs d'Etat.

La « distance » cognitive, sociale et spatiale qui existe entre les institutions publiques nationales productrices des IQ d'Etat et les professionnels hospitaliers « de terrain » auxquels ils sont destinés constitue bien un espace institutionnel « plein » : un ensemble hétéroclite d'acteurs intermédiaires s'y épanouit. Comme cela est déjà apparu dans les développements de ces trois chapitres, les frontières entre ces trois ensembles d'intermédiaires sont largement floues et poreuses : si leurs positionnements et leurs activités ne se recoupent pas strictement, si certains sont plus investis que d'autres dans les activités liées aux instruments, si certains adhèrent davantage aux logiques de l'auditabilité, ces intermédiaires agissent ensemble, aussi bien dans l'élaboration « en amont » des IQ que dans leur déploiement « en aval ». Ils se sont tous engagés dans la légitimation et le déploiement des IQ d'Etat selon un processus relativement semblable : pris dans des relations de compétition, « innovateurs » et « suiveurs » en sont venus à trouver un intérêt à l'essor des IQ, qu'ils se sont appropriés à des degrés divers et en fonction de leurs enjeux propres. Partageant une expertise plus ou moins poussée des formes techniques de la mesure et de ses usages, tous contribuent, à des degrés divers mais par des activités parfois très proches, à déployer les IQ et à construire un « sens commun » autour de leurs usages : ils convergent dans leurs activités de « pédagogie », « d'accompagnement méthodologique » et « d'acculturation » des professionnels aux techniques et aux logiques de la mesure d'Etat. S'ils ne

sont pas tous en accord sur les différents usages possibles de l'instrumentation, si leurs « bonnes raisons » (Boudon, 1979) de s'engager ne sont pas strictement les mêmes, ces différents intermédiaires n'en partagent pas moins un socle cognitif commun, autour de l'idée que la mise en transparence de la qualité est inexorable et qu'il est souhaitable de la maîtriser et de se l'approprier plutôt que de la subir.

Ce sont d'ailleurs parfois les mêmes individus qui, en circulant ou en étant multi-positionnés, accomplissent les différentes activités de légitimation et de déploiement distinguées ici. Ainsi, la notion de « nébuleuse réformatrice » décrit bien cet ensemble d'acteurs et d'organisations qui gravitent autour des IQ, cet « univers fini mais aux contours indécis, [...] matière discontinue faite de noyaux denses et de zones relativement vides [...], ensemble d'objets organisés en systèmes partiels mais entraînés dans un mouvement d'ensemble » (Topalov [dir.], 1999, p. 13). Il est possible de représenter cette nébuleuse autour des IQ par un schéma (voir figure 16), dont la méthodologie de construction est détaillée dans l'annexe 7.

Figure 16. Représentation graphique de la « nébuleuse » autour des IQ d'Etat



Ce schéma a une valeur illustrative : il représente graphiquement les circulations et le multipositionnement des acteurs du « terrain institutionnel » au sein des espaces sociaux étudiés dans cette partie de la thèse : les chercheurs-experts du chapitre 4 apparaissent en vert ; les représentants des professionnels du chapitre 5 apparaissent en rouge ; les acteurs régionaux du chapitre 6

apparaissent en orange. Si chacun occupe un espace différencié entre les institutions publiques (en bleu) et les établissements de santé (en noir), tous participent à l'élaboration et à la diffusion des IQ. Cette « nébuleuse » ne s'apparente pas à un « réseau » plat ou sans structure, mais relie des espaces sociaux différenciés et hiérarchisés. Pas davantage que les « prophètes » de la qualité étudiés précédemment par M. Robelet (2002, p. 107), cette nébuleuse ne constitue un « champ » autonome à proprement parler : il est difficile d'identifier un système intégré de positions qui serait structuré par des règles du jeu spécifiques à cet espace. Restreinte à un nombre d'acteurs limité, cette nébuleuse agence plutôt un ensemble de sous-espaces poreux mais régis par leurs propres règles.

Ne correspondant pas à une « ingénierie » sociale qui aurait été pensée en amont du processus étudié, la nébuleuse intégratrice autour des IQ est caractérisée par des jeux stratégiques, des tensions organisationnelles, des tâtonnements cognitifs et des bricolages institutionnels. Elle est pourtant dotée d'une certaine solidité. Elle « tient » d'abord par les acteurs hybrides qui circulent en son sein : souvent passés au cours de leur carrière par les établissements de santé, ils s'en sont pour la plupart éloignés pour se diriger vers des activités d'expertise ou des fonctions de gestion transversales au sein des institutions régulatrices. Elle « tient » ensuite largement par son rapport à la dimension cognitive du motif (Benamouzig, 2005) dont l'instrumentation est un support matériel : les circulations et les échanges qui ont cours autour des IQ mettent en mouvement des croyances, des techniques et des savoirs communs autour de l'évaluation, à un niveau plus intermédiaire mais d'une manière analogue à celle de « l'élite du welfare » étudiée par P. Hassenteufel et W. Genieys (2001; 2005), ce groupe doté de « *la maîtrise d'un fort savoir-faire sectoriel, et qui se trouve en position d'influencer la prise de décision grâce à une capacité à agir collectivement sur les valeurs, les normes et les idées, lors du processus d'élaboration des politiques publiques* » (Genieys, 2005, p. 220).

Il nous semble que cet agencement d'acteurs hétéroclites gagne également à être qualifié comme une « nébuleuse intégratrice », dont le mode d'action consiste à rapprocher dans le travail intermédiaire multiforme autour des IQ d'Etat les espaces sociaux différenciés et hiérarchisés que sont les institutions publiques nationales et les acteurs hospitaliers locaux. Comme le soulignent D. Benamouzig et F. Pierru (2011), « *l'institution de niveaux intermédiaires et la généralisation d'indicateurs renforcent la formalisation et permettent un contrôle externe plus direct sur les activités médicales dans le cadre d'une structuration plus verticale du secteur hospitalier* » (p. 331). Ce processus d'intégration est toutefois loin de s'appuyer uniquement sur les usages bureaucratiques des indicateurs de gestion mis en avant par ces auteurs. L'étude de la nébuleuse autour des IQ permet de souligner à quel point ce processus d'intégration repose aussi et, peut-être, surtout, sur un intense *travail* intermédiaire, qui n'est rendu possible que par la capacité de certains acteurs à amortir les tensions qui émergent de la rencontre entre l'univers institutionnel national et les mondes professionnels organisés locaux. Dans leur diversité, les multiples profils hybrides de la nébuleuse incarnent bien cette intégration, tout en contribuant à la secréter par leur participation au travail

métrologique, au travail de négociation ou au travail de déploiement. Tous ces acteurs contribuent autant à porter la démarche institutionnelle dans un sens *top-down* qu'à veiller à ce qu'elle intègre en son sein des usages professionnels de la mesure et une « prudence » par rapport à un usage trop brutal de l'évaluation externe dans un sens *bottom-up*. En d'autres termes, ce sont ces acteurs intermédiaires qui fabriquent la « douceur » de l'entreprise de rationalisation par les IQ, depuis la construction de l'instrumentation jusqu'à son déploiement opérationnel ; ce sont eux qui construisent la viabilité de la généralisation d'une instrumentation d'Etat élaborée pour placer les activités professionnelles davantage sous contrôle bureaucratique, tout en préservant une marge d'autonomie professionnelle. Les activités de la « nébuleuse intégratrice » permettent ainsi de saisir sous un jour différent les caractéristiques des IQ généralisés : leur plasticité cognitive, leurs usages équivoques et les croyances réformatrices ambivalentes qu'ils suscitent sont largement induits par ce travail multiforme, qui ne les vide pas pour autant de leur charge normative.

S'ils sont en mesure de construire la « douceur » de l'entreprise de rationalisation, c'est aussi parce que la plupart de ces acteurs de la nébuleuse intégratrice imposent leur influence davantage par « attraction » que par « contrainte », à l'instar des « trous noirs du pouvoir » étudiés par P. Lascoumes et D. Lorrain (2007). Leur « pouvoir d'influence » peut être défini comme « *la capacité à peser sur l'action non par l'usage de l'autorité ou de la propriété, mais par la capacité à organiser les représentations que les acteurs se font des choix possibles* » (p. 5-6). Quatre ressorts du pouvoir d'influence de ces intermédiaires peuvent être mis en avant. Premièrement, leur expertise des techniques et des savoirs d'évaluation de la qualité leur permet de s'appuyer sur la légitimité de la science pour mettre en forme une approche de la régulation hospitalière qui se présente comme « rationnelle » et « neutre », par opposition à une régulation qui serait dictée par des intérêts purement orientés vers la communication politique ou corporatiste. Cette expertise d'un savoir technique formalisé et de la « maîtrise des formats d'information » (Lascoumes et Lorrain, 2007, p. 5) constitue une ressource essentielle dans leur action. Deuxièmement, l'engagement des plus centraux de ces acteurs intermédiaires dans la démarche de l'auditabilité s'est fait sur un temps relativement long, alors même que les acteurs politiques et institutionnels en charge du « dossier » des IQ n'ont pour la plupart fait que « passer » sur le sujet. De ce fait, ce sont largement ces intermédiaires qui ont assuré la continuité cognitive et institutionnelle de l'élaboration des indicateurs. En se faisant les entrepreneurs des IQ depuis une quinzaine d'années, certains des acteurs de cette nébuleuse ont été en capacité d'« entreprendre » et d'innover (Bergeron et al., 2013, p. 271). Les plus actifs de ces intermédiaires ont grandement façonné le motif matérialisé dans les IQ d'Etat ; ils ont aussi contribué à transformer les principaux espaces au sein desquels ils circulent : l'univers institutionnel de la régulation sanitaire mais aussi, dans une mesure qu'il nous reste à estimer, les mondes professionnels organisés locaux. Quatrièmement, leur influence réside dans le flou et l'ambiguïté de leur statut et de leurs activités, qui leur donne une capacité à brouiller et à amortir les rapports de pouvoir verticaux en

les présentant sous la forme de « projets » horizontaux, d'activités d'accompagnement et de conseil. Tout comme les acteurs qui s'investissent dans les activités de « pédagogie économique » étudiés par V. Gayon et B. Lemoine (2013), ces intermédiaires sont engagés dans une relation verticale et asymétrique avec les acteurs professionnels auxquels ils destinent leurs activités d'accompagnement.

A ce stade de notre raisonnement, les effets concrets de ce travail d'intégration en matière de renforcement du contrôle étatique et d'érosion de l'autonomie professionnelle sont loin d'être clairement établis. Ils ne peuvent l'être que par une enquête au plus près du monde hospitalier local, seule à même de saisir dans quelle mesure et par quels processus cette étrange entreprise de rationalisation en douceur est en capacité d'affecter les établissements et les professionnels de santé.

TROISIÈME PARTIE

Une entreprise de rationalisation à l'épreuve de contextes professionnels organisés

Enquête dans quatre établissements de santé

« La lutte pour le pouvoir [...] ne peut se représenter seulement en noir et en blanc. »

(Crozier, 1963, p. 206)

Introduction de la troisième partie

Après avoir étudié la genèse institutionnelle de cette étrange entreprise de rationalisation puis le travail intermédiaire de légitimation et de déploiement dont elle fait l'objet, la dernière étape de notre investigation nous mène finalement à l'intérieur des établissements de santé.

1. La vie locale des IQ, ou le « moment de vérité » de la thèse

Ce troisième moment est crucial : c'est bien au niveau le plus local que se joue la capacité des indicateurs de qualité à transformer le monde hospitalier. Or, cela est loin d'aller de soi. D'un côté, les IQ d'Etat en sont venus à susciter une forte mobilisation à l'échelle nationale, et à être portés par tout un ensemble d'acteurs institutionnels et intermédiaires qui les relaient de manière croissante auprès des établissements et des professionnels. D'un autre côté, les établissements de santé présentent un contexte *a priori* défavorable à l'implantation de dispositifs managériaux externes, notamment en raison de l'autonomie traditionnellement forte de la profession médicale (Hassenteufel, 1997), du caractère ésotérique et difficilement codifiable des savoir-faire médicaux (Bezes et al., 2011, p. 310) et des caractéristiques de ces bureaucraties professionnelles (Mintzberg, 1982) dans lesquelles les dispositifs de contrôle externe sont traditionnellement très contestés (Power, 1997, p. 108). Les développements précédents ont d'ailleurs souligné à quel point les acteurs institutionnels et intermédiaires se montrent sensibles aux réticences des acteurs hospitaliers. Si une ambition de réforme par les IQ est affichée dans les discours de certains acteurs institutionnels, elle semble quelque peu démentie par les objectifs équivoques des indicateurs, et par la faiblesse de leurs usages institutionnels « durs » au tournant des années 2010.

En d'autres termes, ces indicateurs d'Etat et les logiques plurielles qu'ils véhiculent ont toutes les chances d'être fortement « mis à l'épreuve » dans les contextes professionnels organisés. A ce stade, rien ne permet d'affirmer qu'ils parviennent à se faire une place dans les hôpitaux et qu'ils ne demeurent pas des indicateurs « de papier » sans aucune prise sur le monde hospitalier. On ne peut dès lors pas se contenter d'une étude superficielle de la mise en œuvre « en bout de chaîne » du processus étudié en amont. Seule une véritable enquête empirique au plus près des activités professionnelles peut permettre de répondre aux questions cruciales qui restent en suspens. Dans quelle mesure les IQ d'Etat parviennent-ils à pénétrer en profondeur dans les établissements ? Par quels mécanismes sont-ils susceptibles d'être intégrés aux activités locales ? Dans quelle mesure ont-ils des « effets » sur les organisations et les professionnels ? Comment qualifier sociologiquement la dynamique induite par leur généralisation ? C'est au cœur des établissements qu'il faut chercher les réponses à ces questions.

2. Une enquête pour saisir les indicateurs in vivo

De très nombreux travaux suggèrent des pistes fécondes pour interroger les processus à l'œuvre dans le déploiement massif et à grande échelle de dispositifs porteurs de techniques de quantification, d'évaluation ou de normalisation. Parmi eux, certains se rejoignent pour souligner la nécessité d'interroger cette dynamique à la lumière d'études empiriquement attentives à la complexité et à la pluralité des processus à l'œuvre (Bezes et al., 2011; Boussard, 2008; Sauder et Espeland, 2009). Ces travaux invitent d'abord à saisir la pluralité des formes liées à l'ensemble doctrinal du *New Public Management*, en soulignant son caractère protéiforme et polymorphe. Ils invitent ensuite à étudier la complexité des positionnements professionnels par rapport aux dispositifs et aux logiques d'évaluation. Ils suggèrent également de saisir la diversité des modalités de changement par lesquels les dispositifs et logiques d'évaluation sont susceptibles d'affecter les organisations et les pratiques. Ils rappellent que le changement peut opérer selon des mécanismes et à des degrés variant selon les contextes. Ces travaux invitent enfin à interroger la part de diversité et de généralité des processus à l'œuvre. S'il est un acquis de la sociologie des organisations que le destin local des dispositifs exogène dépend, au moins en partie, des structures formelles et informelles des systèmes d'actions concrets qui caractérisent chaque organisation, des convergences et des régularités peuvent aussi émerger entre des organisations différentes, structurées par les « logiques institutionnelles » ou des métarègles s'appliquant de manière transversale¹. L'approche mobilisée dans cette partie souscrit pleinement à ces invitations à qualifier les processus à l'œuvre dans l'enracinement local des IQ d'Etat en étant attentif à la complexité, la pluralité, et l'hétérogénéité des situations empiriques.

Pour saisir les IQ d'Etat *in vivo*, nous avons mené l'enquête dans quatre établissements de santé, désignés dans toute cette partie sous des noms fictifs mais illustratifs, afin de garantir l'anonymat des personnes rencontrées. Les conditions et la méthodologie d'enquête dans les quatre établissements sont présentées en détails dans l'annexe 4. Ces établissements ont été choisis pour être globalement comparables tout en présentant chacun des caractéristiques spécifiques, de manière à pouvoir construire une approche fortement contextualisée et attentive à une diversité de situations. Parmi les caractéristiques communes aux établissements : une taille moyenne (entre 200 et 300 lits) et des activités standard de « médecine, chirurgie, et obstétrique » (MCO), correspondant à la situation d'un grand nombre d'établissements français. Les caractéristiques singulières des établissements d'enquête ont permis de panacher les statuts, les situations géographiques et les contextes institutionnels régionaux (voir tableau 1 ci-après).

¹ Ce sont essentiellement les sociologues du courant néo-institutionnaliste qui ont théorisé ces convergences, saisies comme des formes d'isomorphisme liées à une quête de légitimité institutionnelle de la part des organisations qui ont tendance à « imiter » les plus légitimes pour survivre et croître dans le contexte institutionnel qui est le leur. Mais cette question ne se réduit pas à ce courant : dans l'analyse du phénomène bureaucratique proposée par M. Crozier (1963), les différentes usines du Monopole industriel sont régies en grande partie par des règles communes laissant place à des formes locales variées.

Tableau 1. Principales caractéristiques des quatre établissements d'enquête

| | CH du Terroir | Clinique des Erables | Hôpital Saint Pierre | Clinique Mont d'Or |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Région | Aquitaine | | Rhône-Alpes | |
| Statut | Public | Privé indépendant à but lucratif | Privé d'intérêt collectif | Privé indépendant à but lucratif |
| Situation | Centre hospitalier périphérique | Clinique de centre-ville | Hôpital de centre-ville | Clinique en banlieue aisée |

Les deux régions n'ont pas été choisies par hasard : comme l'a montré le chapitre 6, elles présentent des contextes institutionnels différents du point de vue du rôle joué par les intermédiaires régionaux dans le déploiement des IQ, plus actifs en Aquitaine qu'en Rhône-Alpes. Sans viser à une quelconque « représentativité » illusoire, cette analyse comparée de situations hétérogènes est construite pour permettre de saisir qualitativement l'introduction des IQ d'Etat dans une diversité de contextes professionnels organisés. La comparaison consistant en une « *une mise en regard explicite, dans la quête tant des ressemblances que des différences* » (Vigour, 2005, p. 8), cette quadruple enquête qualitative permet d'analyser les mécanismes par lesquels les IQ s'ancrent (plus ou moins) dans les hôpitaux et y instillent (plus ou moins) de changements, de manière à permettre une montée en généralité maîtrisée dans l'identification des processus à l'œuvre.

L'enquête a emprunté l'essentiel de son approche à « l'analyse stratégique des organisations » (Crozier et Friedberg, 1977; Crozier, 1963; Friedberg, 1993), dont la pratique s'est étonnamment raréfiée dans les études récentes du domaine hospitalier à l'échelle locale. Adaptée à notre étude, cette approche implique d'analyser conjointement la structure formelle des bureaucraties professionnelles, leur rapport avec leur environnement, et les jeux informels de pouvoir qui structurent la vie de l'organisation. A notre sens, trois qualités font de cette approche un outil particulièrement pertinent pour analyser le processus d'enracinement local des indicateurs. En premier lieu, cette orientation permet d'analyser la place des IQ dans la vie des organisations, en maintenant un équilibre entre analyse du contexte organisationnel et analyse des dynamiques institutionnelles qui prennent place autour de ces dispositifs. Loin de constituer des « tissus sans couture » (Callon, 1986), les hôpitaux sont des contextes professionnels organisés, denses, traversés de tensions et structurés par des logiques institutionnelles qui débordent le seul « impératif qualité » (Kimberly et Minvielle, 2000). L'analyse stratégique des organisations permet de saisir la vie locale des IQ de manière fortement contextualisée. En deuxième lieu, cette approche permet d'articuler l'analyse menée à l'échelle locale avec le chaînage social plus large qui a été décrit dans les deux premières parties. Il ne s'agit pas ici de traiter uniquement d'organisations au sens formel (et étroit) du terme, mais bien de « l'action organisée » (Crozier et Friedberg, 1977; Musselin, 2005) qui se déroule dans les établissements mais également

dans la relation des établissements à leur environnement institutionnel. Les hôpitaux ne sont pas clos sur eux-mêmes, mais bien pris dans des relations de pouvoir avec les autres organisations ou institutions du secteur hospitalier étudiées jusqu'ici : les Agences régionales de santé (ARS), les organismes régionaux de qualité (ORQ), mais aussi dans une certaine mesure les fédérations hospitalières, les sociétés savantes, les experts-chercheurs, le ministère, ou la Haute Autorité de santé. L'analyse menée dans cette partie s'attache à ne pas perdre de vue ces acteurs, dont le rôle sera ici saisi « par le bas », dans les relations qui se tissent aux différents niveaux des organisations. En troisième lieu, cette approche de sociologie des organisations est compatible avec une analyse instrumentale et cognitive. Dès lors que l'on se montre attentif à ces dimensions, cette approche permet de saisir non seulement des « stratégies », des « intérêts » et des « interdépendances organisationnelles » entre acteurs, mais aussi une pluralité de « logiques » autour de ces instruments éminemment cognitifs. Ces « motifs » (Benamouzig, 2005) ont été structurés en amont par les compromis institutionnels qui ont permis leur construction. Leur plasticité, leur équivocité mais aussi leur robustesse intrinsèque sont susceptibles de jouer un rôle important dans la manière dont ils vont « vivre » à l'échelle locale. Les acteurs hospitaliers sont cognitivement actifs autour de ces IQ d'Etat. Ils ont de « bonnes raisons » (Boudon, 2003) de s'emparer de ces dispositifs, de leur résister ou de les tenir à distance. S'il est souvent difficile de démêler les aspects « cognitifs » des aspects plus « stratégiques », les deux dimensions du phénomène peuvent être saisies dans l'approche organisationnelle mobilisée dans cette partie.

L'enquête a permis la collecte d'un corpus de données qualitatives dans les quatre établissements, présenté en détails dans l'annexe 4. Au total, 93 entretiens semi-directifs ont été réalisés avec des directeurs, des responsables qualité, des médecins, des cadres de santé, des infirmiers et des aides-soignants. Ces acteurs ont été interrogés sur leurs perceptions de la politique qualité en général et des dispositifs de mesure en particulier, et sur la manière dont ils les mobilisent (ou non) dans leurs activités. Une attention particulière a été accordée aux perceptions de la situation des établissements, aux activités professionnelles et aux relations à l'intérieur des organisations. Ces entretiens ont été complétés par un nombre plus restreint d'observations de réunions, de discussions informelles et d'analyses documentaires. Comme dans les deux parties précédentes de la thèse, les entretiens et les observations ont été codés de manière à permettre une identification plus transversale des acteurs sans alourdir les extraits de citation mobilisés.

3. Une sociologie de l'enracinement local des IQ d'Etat

Les interrogations soulevées par l'introduction des IQ dans les contextes professionnels organisés peuvent être subsumées en une question centrale, qui constitue le fil rouge de cette partie.
Comment les indicateurs affectent-ils les établissements de santé ?

Les chapitres qui suivent s'attachent à répondre à cette interrogation, en trois temps. Le **chapitre 7** compare d'abord l'implantation locale des IQ dans les quatre cas empiriques. L'analyse met au jour les mécanismes pluriels qui s'agencent aux différents rouages organisationnels pour favoriser la colonisation des établissements par l'évaluation de la qualité. Cette première étape du raisonnement permet d'établir la convergence forte qui marque la colonisation des différents établissements : au-delà des variations locales, c'est un processus très similaire qui émerge de la tension entre contraintes institutionnelles et apprentissages locaux. Le **chapitre 8** prend ensuite pour objet le travail des principaux opérateurs locaux de cette colonisation convergente : les « missionnaires » de la qualité. En s'imposant comme un nouveau rouage hiérarchique à l'hôpital, les gestionnaires de la qualité œuvrent jour après jour à intégrer les contraintes institutionnelles à l'intérieur de leurs organisations. Cette deuxième étape du raisonnement permet d'analyser comment ces « experts » rapprochent en douceur les IQ des acteurs professionnels et contribuent à secréter, à leur échelle, une dynamique d'intégration bureaucratique de plus grande ampleur. Enfin, le **chapitre 9** analyse les effets instillés localement par les IQ d'Etat, au plus près des activités professionnelles. Cette dernière étape du raisonnement met en évidence l'intrication des « deux visages » de la rationalisation par les IQ : en se faisant les vecteurs de dynamiques professionnelles et managériales, ils contribuent de manière croissante à formaliser, normaliser, quantifier, mettre en transparence et en équivalence les activités de soin, d'une manière finalement loin d'être anodine. A l'issue de cette troisième partie, nous soulignerons la force inattendue de la rationalisation en douceur instillée par les indicateurs de qualité à l'hôpital.

Chapitre 7. L'implantation locale des indicateurs d'Etat Les mécanismes pluriels d'une colonisation convergente

« Évaluer la qualité à notre sauce interne, c'est simple ! Mais évaluer de façon obligatoire, avec des indicateurs spécifiques qui ne nous appartiennent pas, ça met des difficultés supplémentaires ! C'est quand même bien réglementaire ! »

Directrice des soins infirmiers, Clinique Mont d'Or, entretien MO-4

La réaction des acteurs professionnels face à l'introduction d'instruments exogènes généralisés par l'Etat, censés évaluer la qualité des prises en charge professionnelle et mettre en transparence certaines pratiques hospitalières, n'a rien d'évident. Qu'advient-il de ces dispositifs dans chacun des quatre établissements ? Quels sont les acteurs qui s'en emparent ou leur résistent, selon quelles logiques et autour de quels usages ? Ce chapitre interroge les mécanismes pluriels par lesquels la dynamique qualité et les IQ d'Etat sont susceptibles de s'implanter localement.

D'un côté, la capacité des instruments d'évaluation de la qualité à se greffer aux contextes professionnels peut sembler problématique. En premier lieu, parce que la dynamique institutionnelle autour de la qualité est encore récente : la certification des établissements de santé a été déployée à partir début des années 2000, alors que les indicateurs d'Etat ont été généralisés progressivement à partir de 2005¹. En deuxième lieu, parce que de nombreux travaux ont documenté les réappropriations, traductions et détournements dont les contraintes exogènes font souvent l'objet à l'échelle la plus locale : les règles organisationnelles peuvent être transformées en ressources pour les acteurs locaux en mesure de maîtriser les incertitudes qu'elles ne manquent pas de faire émerger (Crozier et Friedberg, 1977) ; certaines normes institutionnelles peuvent donner lieu à des déclinaisons plurielles, qui aboutissent parfois paradoxalement au renforcement de l'hétérogénéité locale (Segrestin, 1996, 1997) ; les acteurs sociaux ont souvent intérêt à « découpler » ou coupler de manière « lâche » les injonctions institutionnelles externes à leurs pratiques, de manière à préserver leurs marges de manœuvre et à protéger leur autonomie (Meyer et Rowan, 1977; Power, 1997, p. 96). En troisième lieu, parce que l'introduction de dispositifs managériaux dans le secteur sanitaire est souvent marquée par des stratégies de « découplage » (Dent, 2003), de « soumission de façade » (Bezes et al., 2011, p. 310) ou de réappropriation par des professionnels qui disposent de marges de manœuvre conséquentes, capables de se saisir des contraintes externes comme de ressources pour servir leurs propres fins (Castel et Merle, 2002; Castel et Robelet, 2009; Robelet, 2001). En un mot l'implantation locale d'instruments exogènes se fait toujours « en action » (Timmermans et Berg, 1997). Elle est donc

¹ Pour rappel, les IQ ont été introduits d'abord sous la forme des IQ du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales déployés par le ministère de la Santé à partir de 2005, puis sous la forme des IQ de tenue du dossier patient déployés par la HAS, expérimentés en Aquitaine dès 2006 puis généralisés à partir de 2008 à l'échelle nationale. L'obligation de leur affichage et leur intégration dans la procédure de certification remonte à 2010.

susceptible d'être marquée par un ensemble de *contingences*, reposant sur des jeux de pouvoir et des réappropriations professionnelles, qui peuvent diluer la charge des instruments et relativiser la portée de la dynamique institutionnelle.

Pourtant, d'autres approches incitent à ne pas prendre trop rapidement pour acquise cette dilution locale des logiques et des effets potentiels de l'évaluation de la qualité. A partir d'analyses plus transversales, certains travaux soulignent à quel point des organisations de tout type sont travaillées profondément depuis plusieurs décennies par des processus sociologiques de grande ampleur, reposant sur la diffusion massive de pressions institutionnelles, qualifiées comme l'explosion de la « société de l'audit » (Power, 1997), le déploiement d'un nouvel « esprit gestionnaire » (Ogien, 1995), ou la diffusion des doctrines du « *New Public Management* » (Hood, 1995). A en croire ces auteurs, ces processus ne se réduisent pas à leurs déclinaisons locales, mais sont dotés d'une force propre. Les acteurs et les organisations sont amenés à adopter une variété de dispositifs exogènes pour renforcer leur légitimité institutionnelle (DiMaggio et Powell, 1983; Scott et al., 2000), ou pour répondre à des injonctions bureaucratiques dotées d'une force de contrainte et porteuses de transformations à grande échelle (Le Galès et Scott, 2008). Dès lors, avec M. Power (1997), on peut considérer qu'il est peu probable que les contraintes institutionnelles demeurent parfaitement découplées : les dispositifs d'évaluation et leurs logiques peuvent en venir à « coloniser » à différents degrés et différents niveaux les organisations (Power, 1997, p. 97). D'autres auteurs (Espeland et Sauder, 2007; Sauder et Espeland, 2009) invitent même à renverser l'interrogation désormais classique sur la manière dont les pressions institutionnelles peuvent être découplées des pratiques locales, pour mettre en évidence les mécanismes par lesquels elles sont susceptibles de donner lieu à des formes de « couplage étroit » malgré les réticences suscitées par les dispositifs qui les véhiculent (Sauder et Espeland, 2009, p. 65). Le cas des *rankings* suggère que la coercition peut constituer un puissant mécanisme de réactivité des acteurs sociaux (Espeland et Sauder, 2007, p. 34). De manière plus spécifique au secteur hospitalier français, différents travaux mettent en avant des dynamiques institutionnelles puissantes, concomitantes du déploiement de nouveaux instruments gestionnaires par les pouvoirs publics. Qualifiant ces processus de manière contrastée, comme une intégration bureaucratique des professionnels (Benamouzig et Pierru, 2011; Benamouzig et Robelet, 2014) ou comme une « mise sous pression » de l'hôpital par la mise en œuvre du *New Public Management* (Belorgey, 2010; Mas et al., 2011), ces travaux se rejoignent pour analyser des *dynamiques transversales* contraignantes et verticales, ne se réduisant pas à leurs déclinaisons locales.

Schématiquement, deux thèses sociologiques peuvent ainsi être distinguées et mises en compétition pour caractériser le processus par lequel les indicateurs d'Etat prennent pied à l'échelle locale. La première conduit à insister sur les marges de manœuvre professionnelles, sur les contingences locales, sur des dynamiques d'appropriation indexées à des situations singulières. La seconde conduit à mettre en avant des dynamiques de plus grande ampleur, induites essentiellement

par des contraintes institutionnelles transversales, pesant suffisamment sur les acteurs sociaux pour induire des effets comparables dans des situations pourtant variées. A notre sens, l’étude empirique de l’implantation locale des IQ d’Etat à la lumière de plusieurs cas peut permettre d’arbitrer de manière équilibrée entre ces deux thèses. Suivre précisément ces IQ à l’intérieur de quatre établissements permet de documenter les spécificités locales qui marquent leur implantation dans chacun des cas, tout en repérant les convergences transversales, dont il s’agit de saisir les ressorts. Loin d’être éthérée, l’approche mobilisée ici est attentive à la multiplicité des formes d’adhésion ou d’opposition, d’usages ou de non usage, de couplage ou de découplage qui ont cours à l’intérieur d’organisations hétérogènes, composées d’acteurs professionnels variés. Ce chapitre restitue les mécanismes pluriels par lesquels la dynamique en matière de qualité vient bousculer un « *lacs de relations et d’échanges auxquels participent les professionnels dans les univers organisés* » (p. 303).

Après une présentation succincte des quatre établissements mis en comparaison dans la troisième partie de la thèse (1), ce chapitre interrogera successivement les mécanismes d’engagement dans la dynamique qualité des acteurs professionnels situés à trois rouages clé et interdépendants des organisations de soin : les directions d’établissements (2), l’expertise locale en matière de qualité (3) et les milieux soignants (4). Ce chapitre apportera ainsi sa réponse à la question centrale de cette troisième partie de la thèse. Comment les indicateurs d’Etat affectent-ils les établissements de santé ? Nous soutiendrons qu’au-delà de nuances locales, qui ont évidemment leur importance, une convergence forte ressort de la comparaison. Une pluralité de mécanismes opérant aux différents rouages des organisations conduit l’évaluation de la qualité à se greffer progressivement aux quatre établissements, marqués par l’émergence d’un processus très similaire de colonisation au sens de M. Power : « *organizations are [...] colonized by an audit process which disseminates and implants the values which underlie and support its information demands.* » (Power, 1997, p. 95). Cette colonisation est négociée localement, en tension entre contraintes institutionnelles et appropriations professionnelles.

1. Quatre établissements de santé dans leurs contextes

Cette première section caractérise succinctement les quatre établissements mis en comparaison dans l’ensemble de la troisième partie de la thèse, qui seront présentés ici deux à deux de manière à mettre en avant leurs ressemblances et leurs différences. Il ne s’agit pas ici d’offrir un tableau exhaustif de leurs enjeux, mais bien de livrer les informations essentielles pour se les représenter.

1) Terroir et Saint Pierre : deux hôpitaux ancrés dans le service public

Le Centre Hospitalier du Terroir et l’Hôpital Saint Pierre partagent un ancrage dans les missions de service public qui structure fortement leurs activités, leurs identités et leurs enjeux.

Deux hôpitaux insérés dans des contextes contrastés

Si les deux établissements se ressemblent de par leurs missions, ils diffèrent de par leurs contextes et leurs statuts. Le Centre Hospitalier Intercommunal du Terroir peut être caractérisé comme un hôpital public périphérique inséré dans un contexte rural, âge, peu favorisé de la région Aquitaine. Le site principal de l'hôpital est situé à deux pas des rues commerçantes tranquilles de la sous-préfecture de l'un des cantons de la région (17 000 habitants environ). L'hôpital couvre un bassin principalement rural, marqué par une part importante de personnes âgées parfois en situation de précarité¹. Les activités du Centre Hospitalier du Terroir sont en cohérence avec le contexte socio-spatial de l'établissement. L'hôpital exerce essentiellement des missions de service public locales pour répondre aux besoins de la population. Il est notamment équipé d'un service d'urgences, d'une maternité de premier niveau², d'un pôle gériatrique comprenant une unité Alzheimer long séjour, et d'un établissement pour personnes âgées dépendantes, qui côtoient les autres activités relativement classiques dans un hôpital périphérique de ce type³. Les urgences jouent un rôle particulier du fait de leur importance en ce qui concerne le recrutement des patients : près de 70% des patients hospitalisés sont admis par l'intermédiaire du service d'urgences, qui connaît une activité croissante correspondant aux besoins d'une population vieillissante et parfois démunie, ce qui n'est pas sans soulever certaines difficultés pour les professionnels attachés à des missions de service public de proximité.

« Avec le week-end de Pâques, les gens nous ont fourgué leurs vieux pour pas s'en occuper avant les vacances, ou avant les fêtes. Je n'y croyais pas avant d'arriver ici, mais c'est vrai. On ne trouve rien, mais on ne peut pas les renvoyer chez eux parce que les gens sont partis en laissant la porte fermée à clef. Alors on est obligé de les garder. Même si les urgences ne sont pas adaptées pour ça. » (IDE, service d'urgences, entretien T-26)

L'Hôpital Saint Pierre présente la situation assez différente d'un établissement privé à but non lucratif situé en plein cœur de Lyon. Issu de la fusion de deux établissements au début des années 1990, il s'est installé au début des années 2000 dans un grand bâtiment flambant neuf, dont l'architecture innovante et lumineuse contraste avec celle, plus austère, de la plupart des établissements de santé. La patientèle de l'établissement est marquée par ce contexte urbain et son bassin de population, légèrement moins âgé, et socialement plus privilégié que la moyenne nationale⁴.

¹ Au sein de ce bassin d'une population de 80 000 habitants, la part de la population urbaine est considérablement moins élevée que la moyenne nationale (62,7% contre 76,1%), alors que la part des personnes de 60 ans ou plus vivant seules est plus élevée (6,8% contre 5,8%). L'âge moyen des patients pris en charge au Terroir pour un infarctus du myocarde est de 82 ans, contre 75 ans en moyenne. Le taux d'allocataires de minima sociaux du bassin de population est également légèrement supérieur à la moyenne nationale (7,6% contre 7%). Source : site PLATINES, consulté à l'automne 2009.

² Les maternités françaises sont qualifiées par trois niveaux (I à III), selon que leur équipement et leur organisation permettent de suivre certains types de grossesses à risque et de pratiquer certaines activités obstétricales ou périnatales.

³ L'hôpital comprend également des services de pneumologie cardiologie, de chirurgie orthopédique, de chirurgie viscérale, d'anesthésie réanimation, de médecine générale, ainsi qu'un laboratoire et une pharmacie avec une unité de stérilisation.

⁴ A titre indicatif, le département d'ancrage de l'hôpital comporte 95,6% de population urbaine (82% au niveau national), 5% de personnes de 65 ans ou plus (5,3% au niveau national), 5,5% de taux d'allocataires de minima sociaux (6,9% au niveau national). Source : site PLATINES consulté au printemps 2011.

L’Hôpital Saint Pierre est un « établissement de santé privé d’intérêt collectif » (ESPIC), ce qui signifie qu’il est régi par des règles de droit privé tout en assurant essentiellement des missions de service public, dans un but non lucratif¹. Ce statut original et « hybride » est une caractéristique essentielle de l’hôpital lyonnais. Il définit profondément son identité et ses enjeux, notamment à travers le fait que tous les professionnels qui travaillent à l’hôpital, y compris les médecins, sont des « salariés » de droit privé. L’hôpital accomplit essentiellement les activités de service public typiques d’un centre hospitalier situé au cœur d’une zone urbaine². L’établissement est plus précisément caractérisé par un gros service d’urgences, par lequel passe près du tiers des patients de l’hôpital, ouvert à une population urbaine particulièrement précarisée, composée d’une part de patients sous couverture mutuelle universelle qui représente près de 10% des patients pris en charge. Au-delà de cette patientèle précarisée, de nombreux patients proviennent aussi des arrondissements centraux privilégiés de Lyon. L’hôpital est l’un des rares établissements à l’échelle nationale à prendre en charge les grands brûlés, soignés dans un pôle spécifique d’une quinzaine de places, présenté comme le fer de lance de l’hôpital. Son identité est marquée par une « philosophie sociale » collectivement partagée par les acteurs rencontrés à Saint Pierre. Cette philosophie se décline à travers un champ lexical particulier, revendiquant un attachement profond à une « culture de service public », à une « vision humaniste de la médecine », au « refus d’une démarche commerciale », ou encore à « l’accès aux soins pour tous les patients » indépendamment de leurs conditions de ressources. Ces valeurs sont revendiquées par des médecins fiers de leur « indépendance » en matière de projet médical.

« On a une culture, une tradition d’hôpital de service public, à la fois dans le statut, le recrutement, les services... Il y a pas mal de services pas forcément très "rentables", mais destinés à rendre service à la population. Les médecins sont complètement salariés ! Jusqu’au dernier chirurgien... » (Médecin réanimateur, président de CME, entretien SP-10).

Deux hôpitaux marqués par de sérieuses difficultés économiques

Les deux hôpitaux sont marqués par une certaine anxiété quant à leur avenir, qui s’exprime de manière différente dans les deux cas.

Au printemps 2009, la principale incertitude structurant la vie collective du Centre Hospitalier du Terroir concerne sa pérennité incertaine, liée à une situation économique fragilisée. La fusion dont il est issu s’est accompagnée de la fermeture de services de proximité, qui a profondément marqué les esprits. L’année 2008 a marqué une détérioration de la situation économique vers un léger déficit, qui inquiète dans le contexte de l’application à 100% de la tarification à l’activité (T2A) pour les

¹ Ce statut ESPIC est né récemment, de la loi HPST. Il correspond très largement au statut antérieur d’établissement privé « participant au service public hospitalier » (PSPH).

² Les principales activités de l’hôpital sont les suivantes : urologie/néphrologie, médecine interne-diabétologie-endocrinologie, cardiologie et chirurgie vasculaire, rhumatologie et chirurgie orthopédique, pneumologie et chirurgie thoracique, ophtalmologie, allergologie, cancérologie, chirurgie viscérale, maternité, service des brûlés, neurologie, gastro-entérologie, cancérologie, soins intensifs et réanimation.

établissements de médecine, chirurgie obstétrique (MCO). Le directeur anticipe une baisse de revenus pour son établissement, et les cadres des différents services appréhendent des difficultés budgétaires à venir. Le volume d'activité est un autre facteur d'inquiétude pour l'établissement : le directeur souligne le risque de fuite des patients vers deux agglomérations plus importantes de la région, même si l'établissement souffre assez peu de la concurrence dans la mesure où une large part de la patientèle du Terroir est captive, puisque composée de personnes plutôt âgées et précarisées peu mobiles. L'anxiété par rapport à la pérennité de l'hôpital est d'autant plus vive qu'en 2008, un drame s'est déroulé au service des urgences de l'hôpital : un adolescent est décédé alors que son état médical d'arrivée ne laissait pas présager cette issue. En parallèle de l'enquête judiciaire qui était en cours pour éclaircir les conditions de l'accident, la cellule de gestion des risques de l'établissement menait au moment du terrain un travail d'analyse des causes de l'événement. Cet accident, abordé avec réticence lors des entretiens, a suscité de l'inquiétude dans l'établissement, et a apporté son lot d'appréhensions concernant l'avenir, en raison du traitement médiatique dont il a fait l'objet.

Ni les locaux à l'architecture surprenante de l'Hôpital Saint Pierre, ni l'affichage de sa philosophie « humaniste et citoyenne » sur son site internet ne laissent deviner les graves difficultés budgétaires auxquelles il fait face. Les problèmes financiers de l'hôpital lyonnais sont systématiquement mis en avant lors des entretiens avec les différents acteurs hospitaliers. Depuis le milieu des années 2000, l'établissement connaît en effet un déficit structurel, qu'il peine à réduire. Au moment de l'enquête de terrain en 2011, le manque à gagner en termes de recettes s'établissait à 12% des dépenses de l'établissement. Trois facteurs ont convergé pour mettre l'établissement en grande difficulté. Premièrement, l'Hôpital Saint Pierre s'est lourdement endetté en finançant sur fonds propres l'investissement lié à la construction des locaux à l'intérieur desquels il a emménagé au début des années 2000. Deuxièmement, l'établissement a été fortement impacté par la montée en puissance de la tarification à l'activité (T2A), entre 2003 et 2008. L'hôpital lyonnais fait partie des établissements qui apparaissent comme « sur-dotés » par rapport à l'échelle nationale des coûts, et pour lesquels la tarification à l'acte s'est traduite par une baisse « mécanique » du chiffre d'affaires. L'établissement, de par son statut, bénéficie des mêmes tarifs que les établissements publics, avec toutefois des charges supérieures à celles des établissements publics, ce qui ne manque pas de soulever de nombreuses questions et critiques à l'intérieur de l'établissement¹. Alors que le directeur financier considère qu'il y a là un « problème de culture d'entreprise », lié à « l'habitude prise de prendre plus de moyens que les autres pour faire la même activité », la plupart des médecins mettent en avant la mise en place au cours des années 1990 de modes d'organisation qui se voulaient très « qualitatifs », privilégiant l'entourage

¹ De nombreux acteurs de l'établissement remettent en question la justesse de ces tarifs, en soulignant notamment leurs points aveugles en ce qui concerne les surcoûts liés à la précarité ou à la dépendance de patients dont la prise en charge est assurée presque exclusivement par les établissements publics ou ESPIC. La capacité des enveloppes spécifiques (MIGAC) conçues pour valoriser ces activités est elle-aussi mise en question, de même que l'évolution annuelle difficilement prévisible des tarifs. Ce débat est évidemment loin d'être spécifique à l'établissement.

des patients et leur relation avec l’équipe médicale à l’évaluation de leurs coûts. Troisième et dernier facteur : la situation de l’hôpital l’expose à une concurrence importante avec les nombreux établissements privés et publics de Lyon. La région Rhône-Alpes est elle-même considérée comme un territoire « sur-doté » en offre de soins par rapport à sa population. Cette situation concurrentielle fait de l’activité des différents services un enjeu bien plus important à Saint Pierre qu’au Terroir. La perspective d’une mise sous tutelle administrative en cas d’échec à redresser les comptes suscite une anxiété certaine.

Ces difficultés économiques entretiennent des tensions comparables à l’intérieur des deux hôpitaux. Elles ont d’abord trait à des difficultés en matière de « climat social » et de gestion du personnel. Au Centre Hospitalier du Terroir, le *turn-over* des équipes médicales et paramédicales est décrit comme particulièrement important¹. Les fréquents arrêts de travail ne sont pas toujours remplacés, en raison de difficultés financières, mais aussi d’un problème pour attirer (et garder) des professionnels médicaux ou paramédicaux, ce qui a pour conséquence d’accentuer les difficultés. Les personnels paramédicaux décrivent leur travail comme se faisant sous une « pression » d’autant plus durement ressentie que de nombreuses pratiques de « glissement de tâches » des médecins vers les paramédicaux ont cours à l’intérieur de l’établissement. A l’Hôpital Saint Pierre, l’ampleur des difficultés a donné lieu à une succession de « plans de retour à l’équilibre » depuis le milieu des années 2000, à l’origine d’un « climat social » particulièrement tendu. C’est surtout le « plan social » de 2006-2007 qui a marqué les esprits. Il s’est traduit par le licenciement d’une soixantaine de personnes (sur un peu plus de 1200 parmi le personnel), dont un nombre non négligeable de médecins en contrat de travail à durée indéterminée². Il a été suivi de deux autres plans dits « de retour à l’équilibre financier » sans licenciement, prévoyant un gel des départs à la retraite et des remplacements de congés maladie de courte durée, permettant une réduction des effectifs sans licenciement. Ces mesures sont à l’origine d’une ambiance tendue dans de nombreux services, qui doivent faire face à des effectifs en baisse à activité constante ou croissante. Les tensions à l’intérieur des deux établissements ont ensuite trait à leur gouvernement problématique. Suivant une ligne de tension classique en milieu hospitalier (Stuedler, 1974), une certaine coupure est constatée dans les deux cas entre l’équipe administrative et l’équipe médicale. Les équipes médicales ne manquent pas une occasion de critiquer les « administratifs ». C’est tout particulièrement le cas à l’Hôpital Saint Pierre : le sixième et dernier étage où sont rassemblés les bureaux administratifs est régulièrement l’objet de railleries de la part des professionnels du soin, répartis dans les étages « inférieurs » : les administratifs sont régulièrement taxés d’être « les bureaucrates du sixième étage », accusés par les

¹ L’effectif global de l’établissement est d’environ 800 salariés, dont une cinquantaine de médecins.

² D’après les informations communiquées par la direction financière, 30 postes équivalents temps plein (sur 900 au total) ont été supprimés parmi le personnel administratif et paramédical (soit 2,8% du personnel non médical) et un peu moins de 10 postes de médecins en équivalent temps plein (sur 110 au total).

professionnels du soin de ne pas connaître les contraintes effectives des activités de soins, et de relayer les politiques de santé délétères des tutelles.

Chaque établissement a déployé sa stratégie pour faire face à ses difficultés. Les plans sociaux exceptionnels de l'Hôpital Saint Pierre n'ont pour l'instant pas réussi à redresser la situation. Sous l'impulsion de l'ARH, les gestionnaires du Terroir ont de leur côté initié en 2007 un rapprochement avec une petite clinique locale. Les gestionnaires des deux établissements font face aux conséquences budgétaires de la tarification à l'activité (T2A) en déployant des plans d'optimisation de l'organisation interne des services. Ils cherchent à développer la prise en charge en ambulatoire. Ils s'attachent à rapprocher les durées moyennes de séjour (DMS¹) de la norme de l'échelle nationale des coûts (ENC), et poussent les médecins et les cadres à diminuer les DMS dès que c'est médicalement possible, ce qui n'est pas toujours facile dans le cas de patients précarisés, parfois âgés ou dépendants. Cette pression à la diminution des durées moyennes de séjour fait craindre à de nombreux acteurs des deux établissements des « effets pervers » sur l'équité ou la qualité des soins : sélection des patients susceptibles d'être orientés facilement à leur sortie et éviction des patients « à problème », autorisations de sorties trop précoces à l'origine de réadmissions en urgence, etc. Dans ce système de contraintes, le moyen privilégié pour veiller à la santé financière de l'établissement consiste à « optimiser » le codage des actes médicaux. Les gestionnaires sensibilisent les médecins, les cadres et les secrétaires médicales à un codage qui valorise au mieux chaque dossier.

« Bien coder, pour que ça rapporte ! Mais sans mentir, hein. Par exemple, il y a le problème des gens qui sont grabataires, qui ont une mobilité réduite. Avant [le médecin du service] ne cochait pas "mobilité réduite". Alors que là, crac, on coche mobilité réduite, et on ouvre le tiroir-caisse ! » (IDE faisant fonction de cadre, service de médecine interne, entretien T-20)

2) Erables et Mont d'Or : deux cliniques privées à but lucratif

La Clinique des Erables et la Clinique Mont d'Or partagent une identité de cliniques privées indépendantes à but lucratif qui contraste quelque peu avec celle des deux hôpitaux précédents.

Deux cliniques indépendantes à actionnariat médical insérées dans des contextes similaires

Les deux cliniques se ressemblent fortement, en raison de leur statut et de leur ancrage dans des environnements relativement similaires. Située dans les beaux quartiers du centre-ville de Bordeaux, la Clinique des Erables peut être caractérisée comme une clinique privée indépendante, généraliste et haut de gamme. Cette identité est d'ailleurs fortement affichée dès les premières phrases du livret d'accueil distribué aux patients : *« situé au cœur de la ville, dans un cadre particulièrement calme et boisé, l'établissement dispose d'un parking ombragé facile d'accès »*. Ces propos sont révélateurs du

¹ Les deux hôpitaux ont des durées moyennes de séjour plus longues que les deux cliniques : six jours pour le Terroir en 2009, cinq jours pour Saint Pierre en 2010.

« standing » et de la stratégie de la clinique. Positionnée à quelques centaines de mètres du centre historique, la Clinique des Erables est un établissement privé à actionnariat médical : elle est la propriété des praticiens libéraux actionnaires qui exercent en son sein. La clinique propose un large spectre de spécialités médicales et chirurgicales¹. Cet établissement généraliste se caractérise par une grande part d’interventions chirurgicales planifiées et organisées, à l’origine d’une durée moyenne de séjour de quatre jours environ. Il est aussi spécialisé dans les traitements et la chirurgie du cancer, qui représentent près d’un quart de son activité ; c’est l’un des centres privés les plus importants d’Aquitaine dans ce domaine. Les médecins sont extrêmement attachés à l’indépendance de leur clinique, qu’ils affichent avec une certaine fierté. Les praticiens soulignent que les profits, n’étant pas distribués sous la forme de « dividendes », peuvent être réinvestis dans « l’outil de travail » que constitue la clinique. Ils mettent également en avant la marge de manœuvre dans les activités médicales que garantit cette indépendance, permettant éventuellement la prise en charge de patients ne répondant pas à des critères de rentabilité optimale. Ce qui n’empêche pas plus de 80% des praticiens de la clinique d’exercer en « secteur 2 », en pratiquant des dépassements d’honoraires plus ou moins importants par rapport aux sommes remboursées aux patients par la sécurité sociale. La situation de la clinique et son standing élevé sont des signes de la situation socio-économique de sa patientèle, dans l’ensemble plutôt favorisée. Les revenus liés aux services d’hôtellerie (confort de la chambre, services divers proposés aux patients et aux accompagnants) constituent plus de 20% du chiffre d’affaires de la clinique et contribuent à maintenir l’établissement à flots.

Depuis le début des années 1990, la Clinique Mont d’Or est quant à elle installée dans une commune huppée à quelques kilomètres à l’ouest du centre de la ville de Lyon, dans un environnement privilégié et facile d’accès pour les habitants de l’agglomération. La clinique est constituée de plusieurs bâtiments à l’aspect récent, répartis autour d’un grand parking. Elle n’appartient pas à un groupe de santé privé mais à ses praticiens qui sont les actionnaires largement majoritaires de la clinique, malgré l’ouverture d’une partie de son capital à un groupe financier depuis quelques années. Comme à la Clinique des Erables, l’indépendance est extrêmement prisée par les dirigeants. Généraliste, la clinique de l’ouest lyonnais pratique elle-aussi une grande variété d’activités de médecine, de chirurgie et d’obstétrique (MCO). Son identité est toutefois surtout marquée par l’importance de ses activités de gynéco-obstétrique : membre actif du réseau de périnatalité de la région, la clinique est caractérisée par son pôle « mère-enfant » renommé, qui pratique près de 3000 accouchements par an. Ce pôle rassemble une grosse maternité de deuxième niveau, qui dispose d’une équipe médicale capable de prendre en charge les accouchements en urgence et leurs éventuelles complications. Cette orientation gynéco-obstétrique a conduit la clinique à se spécialiser sur des activités chirurgicales pédiatriques qui font la fierté de l’établissement. La patientèle de la Clinique

¹ Chimiothérapie, chirurgie digestive, chirurgie vasculaire, gastro-entérologie, gynécologie, kinésithérapie, oto-rhino-laryngologie, orthopédie et traumatologie, radiothérapie, stomatologie, laboratoire, urologie.

Mont d'Or provient pour l'essentiel de l'agglomération lyonnaise et de sa banlieue ouest favorisée. Les femmes, les enfants et les nouveau-nés constituent une part importante des patients pris en charge, le plus souvent de manière planifiée.

Deux cliniques marquées par des situations économiques divergentes

Si les deux cliniques privées ont connu une croissance économique relativement similaire, leurs situations économiques et concurrentielles ont tendance à diverger à la fin des années 2000.

Aux Erables, les dirigeants ne cachent pas que l'établissement a connu une certaine prospérité économique au cours des dernières années, la mise en œuvre de la tarification à l'activité dans les établissements privés à partir de 2005 ayant été bénéfique pour la clinique, en raison de tarifs initiaux favorables et d'un positionnement avantageux en termes de coefficients appliqués aux tarifs¹. Le directeur général de la clinique explique ainsi que la T2A a bonifié mécaniquement le chiffre d'affaires de 13% lors de sa mise en place. Cette tarification favorable a permis à la clinique d'entreprendre des travaux d'agrandissement considérables : la construction d'un nouveau bâtiment était presque terminée lors de l'enquête de printemps, au printemps 2009. C'est également l'évolution des tarifs qui a contribué au renforcement de la spécialisation de l'établissement en cancérologie : à partir de 2005, certains actes de chimiothérapie, très coûteux, ont été pour la première fois tarifés indépendamment du « forfait pharmaceutique ». Jugés rentables, ils ont pu être ajoutés à l'offre de la clinique. Cette bonification mécanique liée à la tarification a toutefois pris fin. Selon les gestionnaires de la clinique, la prospérité économique s'est progressivement muée en difficultés financières, liées aux effets croisés du gel de l'évolution des tarifs accompagné de la diminution progressive du coefficient technique d'une part, et de l'augmentation des charges générales de la clinique d'autre part. L'évolution erratique de certains tarifs a déstabilisé la clinique. Le meilleur exemple est constitué par les actes de chimiothérapie ambulatoire, valorisés dans un premier temps pour inciter les établissements à développer ces prises en charges économes, puis assez fortement dévalorisés par la suite. Dans la mesure où ce type d'acte représente une part importante de l'activité de la Clinique, cette dévalorisation est synonyme d'une perte économique importante. La vie à la Clinique des Erables est ainsi fortement organisée autour d'un enjeu majeur : renouer avec la prospérité économique de l'établissement afin de préserver son indépendance, jugée fragilisée. Des difficultés financières récurrentes et confirmées pourraient, à terme, être à l'origine d'une ouverture du capital de la clinique à un groupe privé. Les médecins n'ont aucune envie de perdre leur indépendance et la maîtrise autonome de leur « outil de travail ». Les gestionnaires et les employés de la clinique

¹ Afin de faciliter le passage en tarification à l'activité de l'ensemble des établissements privés en 2005, un coefficient technique a été appliqué à chacun d'entre eux pour « lisser » les effets de la transformation du mode de financement. L'objectif était de diminuer progressivement l'ampleur de ce coefficient technique, au fur et à mesure de l'adaptation des établissements, en faisant converger le coefficient de l'ensemble des établissements vers la valeur neutre (« 1 ») en 2012.

appréhendent les conséquences possibles en matière d’emploi. Cette inquiétude est d’autant plus intense que la localisation géographique de la Clinique des Erables la place en concurrence avec les nombreux autres établissements de l’agglomération bordelaise.

De ce point de vue, la situation est assez divergente à la Clinique Mont d’Or, où c’est surtout la saga d’une croissance spectaculaire qui est systématiquement mise en scène.

« On était une petite clinique, qui a ensuite évolué, et qui n’a cessé de grandir : des lits ont été rachetés à [un établissement voisin], le pool maternité a énormément augmenté, le pool pédiatrique a été créé, puis le pool néo-natalité, et parallèlement les spécialités chirurgicales se sont développées. » (Directrice des soins infirmiers, entretien MO-4)

L’augmentation continue de l’activité au cours des années 2000 s’est matérialisée dans la construction, dans la seconde moitié des années 2000, de deux nouveaux bâtiments sur le site de la clinique, pour accueillir une demande de soins en augmentation constante. Au moment de l’enquête de terrain, un projet d’agrandissement du bloc opératoire était à l’étude. Cette croissance s’est également traduite par un chiffre d’affaire et un effectif en forte hausse¹. Cette croissance presque spectaculaire renvoie à la situation géographique particulière de la clinique : si elle est exposée à la concurrence d’une poignée d’établissements publics et privés lyonnais en termes de médecine et de chirurgie, la clinique demeure la seule grosse maternité disponible sur l’ouest lyonnais. Ces dernières années, la Clinique Mont d’Or a bénéficié de la fermeture de plusieurs petites structures publiques et privées autour d’elle, qui lui a permis de capter une large part de l’activité obstétrique de son secteur. La présence du service de néo-natalité offre un avantage stratégique considérable. Pourtant, cette croissance économique connaît depuis peu un ralentissement qui ne manque pas d’attirer l’attention des gestionnaires, dans un contexte de gel des tarifs à l’origine de difficultés financières dans de nombreux établissements privés.

Avec une intensité différente, les deux cliniques ont mis en place des plans d’optimisation pour garantir leur prospérité. La Clinique Mont d’Or s’attache essentiellement à maintenir sa prospérité économique, en diversifiant ses activités, notamment en développant ses activités de cancérologie. A la Clinique des Erables, différentes stratégies sont mises en œuvre pour retrouver la prospérité. La première consiste à adapter l’activité médicale à l’évolution des tarifs nationaux, en développant davantage la prise en charge en chirurgie ambulatoire. La deuxième stratégie consiste à optimiser la gestion de l’établissement, en poussant les médecins à optimiser le codage des actes médicaux et mettent en œuvre un plan d’économies pour « serrer au maximum les dépenses » (réduction des plages d’ouverture du bloc opératoire, optimisation de la répartition de l’activité sur la semaine, mutualisation des places dans les différents services, etc.). La troisième stratégie consiste à jouer sur les recettes, en renforçant l’attractivité de l’établissement et son positionnement sur un segment « haut de gamme » de l’offre de soins bordelaise. Cette stratégie de long terme passe par des

¹ Le chiffre d’affaire et l’effectif paramédical ont presque triplé en 10 ans, alors que le nombre de praticiens a plus que doublé. En 2011, environ 400 personnels paramédicaux et 70 médecins travaillaient à la Clinique Mont d’Or.

travaux de modernisation du bloc opératoire, et par une montée en gamme de l'offre d'hôtellerie proposée par l'établissement, prévue dans des travaux d'agrandissement.

Les tensions classiques entre gestionnaires et praticiens prennent une forme bien particulière dans ces deux établissements privés. Pour exercer au sein de ces cliniques, il faut être propriétaire d'une partie du capital. Le conseil d'administration réunit les actionnaires-médecins libéraux. Le président directeur général de chaque clinique est un médecin, qui préside le directoire au sein duquel se réunissent les dirigeants médicaux de l'établissement, et qui décide de l'orientation stratégique de l'établissement. Les médecins actionnaires sont aussi les « patrons », qui recrutent les équipes administratives et leur délèguent la gestion de leur outil de travail. Dans ce contexte, l'encadrement joue un rôle important : ce sont les directeurs et les cadres intermédiaires qui portent l'organisation au quotidien et « font tourner la boutique », sans pour autant avoir de levier hiérarchique sur les médecins. Cette situation donne lieu à des conflits plus feutrés que dans les hôpitaux publics. A la Clinique des Erables, où l'encadrement est davantage hiérarchisé et où le plan d'optimisation est considéré comme un enjeu stratégique, les cadres et les infirmiers ressentent de manière accrue la pression hiérarchique dans l'organisation du travail. A la Clinique Mont d'Or, l'encadrement est composé essentiellement de personnes qui ont fait carrière dans la clinique, restées proches du soin.

« On reste une clinique à taille humaine. Les gens parlent bien, que ça soit médecins ou paramédical, il n'y a pas de problème ! Il y a de l'écoute, de la communication. Moi qui suis là depuis longtemps, oui, je trouve que c'est pas mal. D'ailleurs, il n'y a pas tellement de turnover... » (Responsable qualité, cadre de santé, entretien MO-6)

Pour autant, les relations internes à l'établissement ne sont pas idylliques. Il existe une hiérarchie omniprésente entre les médecins-actionnaires de la clinique d'un côté, et les acteurs paramédicaux et cadres de santé chargés de la gestion de l'autre, qui se décline tout particulièrement à la Clinique Mont d'Or dans la dimension du genre, puisque la plupart des médecins sont des hommes alors que la plupart des gestionnaires et des cadres de santé sont des femmes, infirmières de formations devenues cadres de santé. Cette hiérarchie peu conflictuelle est teintée d'une forme douce de paternalisme médical qui fait l'objet de plaisanteries mais semble assez bien acceptée par les différents acteurs.

Les caractéristiques saillantes de chacun des quatre établissements peuvent être synthétisées comme suit (voir tableau 2 ci-après).

Tableau 2. Synthèse comparative des quatre établissements dans leurs contextes

| | Centre Hospitalier du Terroir | Hôpital Saint Pierre | Clinique des Erables | Clinique Mont d’Or |
|-------------------------------|--|--|--|---|
| Statut | Centre Hospitalier Intercommunal (Public) | Centre Hospitalier privé participant au service public hospitalier (Privé d’intérêt collectif) | Clinique indépendante à actionnariat médical (Privé indépendant à but lucratif) | Clinique indépendante à actionnariat médical (Privé indépendant à but lucratif) |
| Situation socio-spatiale | Situation périphérique Etablissement issu de la fusion de trois hôpitaux locaux Concurrence restreinte | Lyon Centre-ville Beaux quartiers Concurrence importante | Bordeaux Centre-ville Beaux quartiers Concurrence importante | Banlieue de Lyon Commune privilégiée Concurrence restreinte |
| Spécificités de la patientèle | Personnes âgées dépendantes | Patientèle précarisée en centre-ville. | Patientèle « haut de gamme » | Patientèle « haut de gamme » |
| Spécialisation | Urgences et gériatrie | Urgences et grands brûlés | Chirurgie et cancérologie | Chirurgie et maternité |
| Situation économique | Léger déficit, anticipation de difficultés liées au passage à 100% de la T2A | Etablissement historiquement sur-doté. Déficit majeur, plans sociaux récurrents. | Après une période de croissance régulière, léger déficit inquiétant | Croissance sur les dernières années, en ralentissement. |
| Enjeu-clé | Optimiser la gestion pour garantir la pérennité des services et des emplois | Augmenter l’activité en réduisant le personnel pour redresser le déficit | Optimiser la gestion et augmenter l’activité pour garantir la prospérité et l’indépendance | Diversifier l’activité pour relancer la croissance |

A l’issue de cette première section, il est possible de faire jouer la comparaison entre ces quatre cas empiriques pour interroger les mécanismes par lesquels la dynamique qualité et les IQ d’Etat sont susceptibles de s’implanter aux différents rouages des contextes professionnels organisés, en commençant par celui des professionnels de la gestion de ces hôpitaux et cliniques.

2. Les directions d’établissement : des engagements contraints

Quel rapport les gestionnaires des établissements entretiennent-ils par rapport au déploiement de la politique qualité et des indicateurs d’Etat ? Dans la mesure où ils occupent une position d’interface entre leur établissement et leur environnement, ils constituent un segment professionnel à part entière et sont un premier rouage incontournable de la rencontre entre les instruments d’évaluation de la qualité et les pratiques hospitalières locales. Or, comme l’ont montré plusieurs auteurs, les dispositifs d’évaluation déployés par l’Etat sont susceptibles de produire de l’anxiété de statut (Le Galès et Scott, 2008; Sauder et Espeland, 2009), voire une forme de « terreur » (Bevan et Hood, 2006) pour ces acteurs en charge de mettre en œuvre des stratégies adaptées aux contextes de leurs organisations. Dans les quatre établissements, en effet, la manière dont les instruments d’évaluation de la qualité font sens pour les acteurs de la direction dépend surtout des pressions institutionnelles ressenties. Les indicateurs d’Etat sont moins utilisés par les directions à des fins de gestion interne qu’en rapport avec leur environnement. L’enquête comparative permet de mettre en évidence une dynamique générique d’engagement contraint de la part des directeurs, qui se décline localement en

fonction des situations et enjeux singuliers de chacun des établissements. Les contraintes incitent les directeurs à s'engager dans la démarche qualité selon des stratégies différentes, marquées par des variations en matière de logiques et de degrés de mobilisation. Ces mobilisations peuvent être stylisées en distinguant deux mécanismes : l'engagement sous contrainte administrative, et l'engagement sous pressions concurrentielles. Loin de s'opposer, ces mécanismes s'articulent avec une intensité variable selon les cas empiriques, qui seront ici comparés deux à deux.

1) Terroir et Saint Pierre : la qualité sous contrainte administrative

Le premier mécanisme d'engagement dans la qualité réside dans les stratégies locales mises en place pour gérer les contraintes administratives ressenties. Si le caractère obligatoire de la démarche qualité pèse, à des degrés divers, sur les dirigeants des quatre établissements, il ressort de manière plus particulièrement visible dans les cas du Centre Hospitalier du Terroir et de l'Hôpital Saint Pierre, qui se saisissent surtout de l'évaluation de la qualité en réponse à des injonctions étatiques.

Des engagements dans la démarche qualité en réponse aux injonctions étatiques

C'est au rythme des obligations déployées par l'Etat que les deux hôpitaux se sont saisis de la démarche qualité depuis le début des années 2000. La nature de la contrainte perçue dans ces deux établissements n'est toutefois pas exactement la même. La direction du Terroir est surtout inquiète pour la pérennité de son hôpital public périphérique, issu de la fusion de trois petits établissements. Le spectre de nouvelles restructurations inquiète la direction depuis le milieu des années 1990. Cette appréhension est forte depuis le milieu des années 2000, non sans lien avec les inquiétudes liées aux difficultés financières récentes de l'établissement, dans le contexte d'une politique « volontariste » de l'ARH d'Aquitaine en matière de maîtrise des dépenses.

« On n'est pas un CHU ! On est fragile ! On peut disparaître du jour au lendemain. Enfin, pas disparaître, mais on peut nous enlever la chirurgie, les urgences... [...] C'est la crainte du personnel : dans 10 ans on sera quoi ? Un hôpital gériatrique ? » (Directrice des ressources humaines, de la qualité, de la gestion des risques, Entretien T-2)

La pérennité de l'Hôpital Saint Pierre est moins directement menacée, notamment en raison de sa situation centrale et de son activité d'urgences en plein cœur de l'agglomération lyonnaise. En revanche, son déficit structurel et les plans sociaux à répétition qui ont marqué ses restructurations internes mettent l'équipe de direction dans une position délicate vis-à-vis de l'Agence régionale, dont les injonctions à la réduction des dépenses se font très pesantes.

« L'ARS renfloue parce qu'elle pense que l'hôpital doit exister, il fait partie du paysage de santé, et elle n'a pas le choix quoi. [...] Mais si l'ARS dit "non, ça suffit", on va se retrouver sous tutelle, un administrateur va être nommé, [...] il va dire "on coupe" et si le plan ne fonctionne pas ou qu'il y a des grèves... On se fait racheter [...] et on perd notre indépendance. » (Chirurgien urologue, responsable de pôle, entretien SP-18)

Ces situations différentes ont des conséquences similaires dans les deux cas : les équipes de direction ont le sentiment de « ne pas avoir le droit à l’erreur » en matière de conformité de leur établissement à l’impératif de qualité porté par les institutions publiques. Dans les deux établissements, les directeurs prennent très au sérieux les usages administratifs potentiels des dispositifs d’évaluation. C’est une même stratégie qui est mise en place depuis la fin des années 1990 : il s’agit de déployer une politique qualité aussi « économe » que possible, permettant d’éviter des sanctions administratives préjudiciables et de faire la démonstration d’un réel engagement dans les démarches portées par les institutions publiques.

Dans un premier temps, les deux directions se sont appuyées sur les quelques professionnels qui s’étaient investis de manière pionnière dans les démarches d’évaluation dès le milieu des années 1990. Au Terroir, les prémisses de cette politique qualité ont pris forme autour du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), avec la participation du médecin responsable du département d’information médicale (DIM). A l’Hôpital Saint Pierre, la démarche qualité a pris la forme d’un travail artisanal, informel, accompli pour l’essentiel par la pharmacienne de l’établissement.

Dans les deux cas, c’est surtout la procédure de certification quadri-annuelle de l’établissement par la Haute Autorité de santé qui a rythmé l’organisation de la politique qualité, par « agrégation » progressive de nouveaux acteurs autour des « pionniers » de la qualité. La première procédure, dite d’accréditation (« VI »), a joué un rôle très structurant. L’Hôpital Saint Pierre a été le premier à s’engager dans la préparation de cette procédure, en 2004. A cette occasion, il est rapidement apparu que le travail « artisanal » sur la qualité ne suffisait pas pour répondre convenablement aux exigences croissantes en provenance de l’environnement institutionnel, et qu’il était nécessaire de constituer une « cellule » en charge du suivi de la politique qualité. En dépit de sa perception du « travail colossal », « des coûts », de « la charge » et du « bénéfice incertain » que représentent ces procédures de certification, la directrice de l’hôpital lyonnais a considéré qu’il était absolument nécessaire de participer avec succès à une démarche de toute manière inévitable. Dans un contexte financier difficile, la directrice n’a pas hésité à « sacrifier » le poste de directeur adjoint pour recruter une « attachée de direction » à mi-temps pour s’occuper de la qualité. Cette décision s’est faite sous contrainte, comme l’explique avec humour la directrice de Saint Pierre.

« En situation toujours difficile, j’ai pensé que le profil de qualité était de toute façon obligatoire. [...] ! Il n’y a plus un hôpital d’un certain renom qui n’a pas une cellule qualité ! [...] Et je savais que de toute façon il me faudrait quelqu’un qui m’impose une méthode ! Elle est obligée de venir me donner des boutons, et elle est obligée d’aller donner des boutons à d’autres, mais elle est notre garant ! » (Directrice, entretien SP-1)

Ce « sacrifice » est apparu d’autant plus justifié à la directrice de l’hôpital lyonnais que l’établissement s’est vu attribuer, à l’occasion de son accréditation, plusieurs recommandations qui soulignent le manque de structuration de la démarche qualité et de la politique de gestion des risques de l’hôpital. Les difficultés économiques importantes de l’établissement ont alors poussé les gestionnaires à

prendre très au sérieux les conséquences négatives possibles de « réserves » à la procédure d'accréditation, en termes de fuite des patients ou de réactions des pouvoirs publics. Par manque de moyens, la « cellule qualité » de Saint Pierre est restée pendant plusieurs années restreinte à cette attachée de direction, qui a mobilisé presque exclusivement la pharmacienne de l'établissement et le médecin président du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN¹) pour rédiger formellement la « politique qualité » de l'hôpital.

L'accréditation (V1) a joué un rôle très similaire au CH du Terroir, avec deux années de décalage. Pour préparer son accréditation, l'établissement a formalisé, pour la première fois en 2006, un « comité de pilotage qualité » présidé par le directeur, et une « cellule qualité », regroupant les acteurs que la direction jugeait les plus investis sur cette thématique. Cet investissement de la « qualité » par les gestionnaires de l'hôpital a été motivé par l'impératif d'éviter toute réserve² susceptible de réduire les marges de manœuvre de l'établissement et de ternir son image.

« On ne voulait pas de réserves ! [...] Je ne vous dis pas l'impact que ça peut avoir ! [...] Le fait d'avoir des réserves majeures, ça peut ternir l'image de l'établissement. Nous en tant que petit établissement, on n'a pas besoin de ça. Ni vis-à-vis du grand public, ni vis-à-vis de l'ARH ou de la HAS ! » (Directrice ressources humaines, qualité et gestion des risques, entretien T-2)

La direction du centre hospitalier intercommunal a confié la responsabilité de la préparation de la procédure à sa directrice des ressources humaines, dotée d'un temps dédié pour diriger la politique de qualité et de gestion des risques, qui s'est entourée des personnalités de l'établissement actives sur la qualité (le médecin hygiéniste et la directrice des soins) et a fait appel à une société de conseil en « gestion des risques et amélioration de la performance » afin de l'aider à animer le travail. Cette première « cellule qualité » a réuni des volontaires parmi tout le personnel pour participer aux différents groupes de préparation à la certification. Les résultats de la procédure d'accréditation ont été jugés positifs, l'établissement ayant réussi à éviter les « réserves » tant redoutées, et n'écopant que de deux recommandations mineures.

La deuxième procédure de certification (V2), prévue pour 2010 dans les deux hôpitaux, a constitué une étape importante dans la formalisation de la démarche qualité. C'est pour préparer cette V2 et répondre à de nouvelles obligations étatiques (l'évaluation des pratiques professionnelles³, la gestion des risques et les indicateurs de tenue du dossier patient promus par la HAS) que les « cellules qualité » se sont étoffées progressivement. Au Terroir, la cellule qualité a intégré en 2008 la directrice

¹ Obligatoire depuis 1998, le CLIN est une instance transversale responsable de l'organisation, de la surveillance et de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé.

² Il existe trois niveaux de certification. A l'issue de la procédure, l'établissement peut être certifié « sans réserve ni recommandation », « avec recommandations » auxquelles l'établissement doit répondre dans les mois qui suivent, ou enfin « avec réserves » concernant la qualité de ses prestations. Dans ce dernier cas, l'établissement est sommé de modifier profondément son organisation pour répondre aux réserves émises.

³ Depuis le milieu des années 2000, la HAS porte différentes méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), qui sont devenues obligatoires à travers certains critères de la deuxième procédure de certification des établissements de santé (dite « V2 » ou « V2007 »). Chaque établissement doit ainsi organiser ses « EPP » avec les différentes spécialités.

des services économiques et la pharmacienne de l’établissement, puis recruté à temps plein en tant que « responsable qualité » le consultant qui avait accompagné l’établissement lors de l’accréditation V1. Ce recrutement dans un contexte budgétaire délicat confirme à quel point la procédure de certification a constitué une « priorité » pour la direction du CH du Terroir. La même année, l’hôpital Saint Pierre a recruté un « gestionnaire des risques » à mi-temps sur la qualité et à mi-temps sur la gestion des risques pour assister l’attachée de direction - responsable qualité dans sa mission. La « cellule qualité » de l’hôpital lyonnais s’est également appuyée sur une aide ponctuelle du médecin président du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) pour organiser et animer une série de groupes de travail pour mener à bien l’auto-évaluation de l’établissement, dans un contexte souvent difficile. L’établissement a été certifié en 2010 avec une mauvaise surprise : il a écopé d’une réserve portant sur l’hygiène des locaux jugée inquiétante pour l’image de l’établissement. Au moment de l’enquête de terrain à Saint Pierre, en 2011, cette « cellule qualité » restreinte initiait la préparation de la troisième procédure de certification (V2010), prévue pour 2013.

Si la formalisation des démarches qualité s’est faite au rythme des injonctions institutionnelles, la direction de l’hôpital lyonnais a progressivement souhaité aller « plus loin » que le strict nécessaire dans son engagement dans la démarche qualité. La directrice a notamment décidé d’engager son hôpital dans un projet d’expérimentation de *check-list* au bloc opératoire, porté par la CEPPRAL pour le compte de la HAS et de l’OMS. En dépit de son caractère contraignant, et malgré les réticences de certains professionnels, la directrice est à la fois convaincue de l’utilité de la démarche pour la sécurité des patients, et de l’opportunité que cela représente en termes d’image.

« C’est important de savoir qu’on opère la bonne personne du bon organe du bon côté ! Pour le coup c’est de la vraie qualité ! [...] On est un des rares hôpitaux français à être dans cette étude européenne... [...] C’est une image de marque, c’est une valorisation de l’hôpital, des médecins. [...]. On a beau dire, c’est important ! » (Directrice, entretien SP-1)

Au-delà des différences locales, les convergences sont frappantes entre ces deux établissements, engagés dans les démarches qualité assez tardivement, par des directeurs anxieux de l’image de leur hôpital vis-à-vis des tutelles et dans l’appréhension des décisions de certification de leurs établissements. L’engagement dans la politique qualité y a pris la forme de stratégies locales sous contrainte institutionnelle, rythmées par les injonctions étatiques au cours des années 2000.

La mobilisation des IQ : jouer le jeu des tutelles... et de la concurrence

C’est aussi pour éviter des possibles « sanctions administratives » que les équipes de direction du Terroir et de Saint Pierre se mobilisent autour des IQ d’Etat depuis le milieu des années 2000. Leur engagement se fait de manière paradoxale : sans adhérer véritablement à l’idée selon laquelle les indicateurs permettent effectivement d’améliorer la qualité, les deux directeurs s’attachent à mettre leur établissement en conformité par rapport à une exigence administrative jugée incontournable, et apprivoisent ces IQ d’Etat qu’ils commencent à utiliser dans le cadre de stratégies de communication.

Le directeur du Terroir est celui qui se montre le plus critique par rapport aux IQ généralisés par l'Etat. A son sens, les IQ ne le concernent pas directement, la qualité ressortant plutôt de la responsabilité des médecins. Il a d'ailleurs confié à la « cellule qualité » le soin de prendre en charge cette dimension de la vie de son organisation. Commentant la construction de l'indicateur de consommation des solutions hydro-alcooliques (ICSHA), il dénonce l'inadéquation entre l'évaluation de moyens et l'idée que l'on évaluerait le résultat des soins à l'intérieur de l'hôpital. En soulignant qu'il n'a « *jamais vu un dossier patient soigner quelqu'un* », il se révèle franchement critique par rapport à ces IQ et leurs « sigles barbares » révélateurs de la lourdeur bureaucratique des tutelles.

« Quand on veut faire passer un message, on ne fait pas passer un code. [...] Celui qui est allé chercher que GINQA c'est la généralisation des indicateurs de qualité pour l'Aquitaine... [...] Il y a des milliers de gens qui vont suer sur des indicateurs nuls, qui n'intéressent personne et qui vont nous faire perdre du temps et de l'argent ! » (Directeur, entretien T-1)

Les propos de la directrice de l'Hôpital Saint Pierre sont moins tranchés. A l'image de sa perception de la démarche qualité comme un « mal nécessaire » pouvant avoir des effets positifs, elle tient un discours ambivalent au sujet des IQ d'Etat. Tout en leur reconnaissant un certain intérêt, elle les associe à « l'usine à gaz » qu'est la certification, et plus généralement à cette forme de « bureaucratie » qui lui donne tant de « boutons ». Elle critique par exemple l'indicateur de traçabilité de la douleur (TRD), en mettant en doute sa capacité à refléter la prise en charge de la douleur.

« Nous, ce qui nous a le plus frappés, c'est la douleur. Parce que l'hôpital étant très ancré sur la lutte contre la douleur, avec les brûlés... Et on est sorti très mauvais à l'indicateur ! Quand on a regardé, on a vu qu'évidemment, pour tous ceux qui ne souffraient pas, on ne l'avait pas écrit. Est-ce que c'est le bon indicateur ? Si on écrit alors qu'on n'a pas demandé, "ne souffre pas", c'est fini on est très bon ! Vous voyez bien le problème ! » (Directrice, entretien SP-1)

Malgré tout, les équipes de direction des deux établissements se mobilisent assez fortement autour de ces IQ. Le directeur du CH du Terroir considère que son établissement n'a pas d'autre choix que de se conformer à ce qu'il perçoit comme une « obligation réglementaire » de plus, dont il a confié la charge à la directrice adjointe. Cette injonction est d'autant plus importante que le directeur de l'Agence régionale d'Aquitaine en a fait une priorité affichée. A son sens, un hôpital périphérique comme le sien ne peut pas se permettre le moindre « faux pas », puisque toute difficulté est susceptible d'être utilisée par l'ARH pour justifier une restructuration. Le directeur accorde une importance particulière au classement de son établissement en matière de lutte contre les infections, après de mauvais scores initiaux à l'indicateur de consommation des solutions hydro-alcooliques (ICSHA).

« En 2005 arrive l'ICSHA. Dès que c'est sorti, on a tous été convoqués chez le directeur. [...] "C'est quoi ça, on est D, on est mauvais, expliquez-moi ! Il faut mettre du gel partout, il n'y a pas à discuter !" Il était dans cette dynamique-là. [...] Depuis, on a progressé, l'année dernière il y a eu la journée hygiène des mains, il a convoqué toute la presse... [...] Il a dû être habité par la communication [rires]. Moi, il m'a appelé avant son discours de vœux l'année dernière, "faites-moi cinq lignes sur les indicateurs, pour que je dise que c'est bien, que je ne me trompe pas". » (Infirmière hygiéniste et cadre de santé, entretien T-11)

A son corps défendant, le directeur du Terroir a commencé à communiquer par l’intermédiaire des indicateurs. La directrice en charge de la qualité entend quant à elle faire usage de ces IQ dans la contractualisation interne à l’établissement, à l’état de projet en 2009. L’engagement dans les IQ en matière de « conformité » donne lieu à l’émergence d’appropriations plus stratégiques, encore embryonnaires au moment de l’enquête de terrain au Terroir en 2009.

La directrice de l’Hôpital Saint Pierre reconnaît s’attacher à « apprivoiser » les indicateurs en dépit de leur caractère contraignant. Elle a décidé que son établissement devait s’investir plus avant dans l’affichage de leurs résultats, et en faire une véritable politique de communication. Les différents scores de l’établissement sont d’ores-et-déjà affichés dans l’entrée de l’établissement, en utilisant d’ailleurs l’affiche fournie par la fédération FEHAP¹. La directrice souhaite qu’un affichage comparable à celui déjà mis en place dans le livret patient soit mis en ligne sur le site de l’hôpital. Les IQ n’ont pas fait l’objet d’une mobilisation aussi précoce et « volontariste » par l’ARS de Rhône Alpes qu’en région Aquitaine, mais l’équipe de direction de Saint Pierre anticipe malgré tout un usage croissant de ces IQ par la tutelle régionale, qui est en train de structurer l’usage administratif des différents IQ, notamment en ce qui concerne les « dossiers d’autorisation » nécessitant une visite de conformité. Si ces usages sont considérés comme incertains, les acteurs de la direction ont vu évoluer les documents à transmettre, qui intègrent maintenant de manière systématique les résultats de l’établissement à la certification et aux IQ d’Etat. A Saint Pierre s’ajoutent de plus les pressions concurrentielles, fortement ressenties dans le contexte singulier de l’hôpital lyonnais. En effet, depuis la mise en application de la tarification à l’activité (T2A), l’activité est devenue un enjeu clé pour cet établissement en déficit. La directrice de l’hôpital privé se montre sensible à l’utilisation des résultats des IQ d’Etat qui est faite dans les palmarès hospitaliers. Elle anticipe un effet fort sur le recrutement de patients en cas de mauvais scores aux indicateurs.

« Aujourd’hui, c’est malheureusement autant des enjeux de qualité... que de concurrence ! Si on n’était pas capable d’afficher de bons critères de qualité, les malades ne viendraient plus ! Pourquoi voulez-vous qu’à Lyon, où il y a tout ce qu’il faut, ils viennent dans l’établissement qui n’est pas sûr ?! Il n’y a aucune raison ! » (Directrice, entretien SP-1)

Ainsi, l’engagement dans la qualité des directions du Terroir et de Saint Pierre renvoie largement aux anticipations d’usages administratifs contraignants des dispositifs d’évaluation, dont les conséquences sont prises très au sérieux. En dépit d’un faible enthousiasme, l’engagement des directeurs d’hôpital dans les IQ d’Etat ne se limite pas à une simple réponse cérémonielle aux injonctions étatiques : progressivement, avec une différence de degré entre les deux cas, les directeurs s’en sont saisis pour communiquer.

¹ Voir à ce sujet le chapitre 5. A travers ses fonctions au sein du bureau national de la fédération, la directrice de Saint Pierre milite pour la prise en compte de « la qualité » dans les mécanismes de tarification.

2) Erables et Mont d'Or : la qualité sous pression concurrentielle

Le second mécanisme d'engagement qu'il est possible de distinguer réside dans les stratégies locales mises en place pour gérer les pressions concurrentielles ressenties. Si la concurrence est perçue, à des degrés variables, au sein des quatre établissements, ce facteur pèse de manière plus visible dans les deux établissements privés à but lucratif : la Clinique des Erables et la Clinique Mont d'Or. Soucieuses de leur indépendance et de leurs résultats financiers, les directions des deux cliniques ont mobilisé, de longue date, la qualité comme une stratégie distinctive. Les directeurs de clinique prennent très au sérieux les usages des dispositifs d'évaluation de la qualité en matière de transparence vis-à-vis des patients-clients, et, soucieux de l'indépendance de leur clinique, développent des stratégies précoces qui entrent en tension avec les contraintes étatiques.

Des engagements dans la démarche qualité pour se démarquer de la concurrence

Profitant d'un contexte économique favorable au début des années 2000, les deux directions ont positionné leurs établissements parmi les « pionniers » de la première procédure d'accréditation (V1), dans laquelle ils se sont engagés dès 2001 pour la Clinique Mont d'Or, dès 2002 pour la Clinique des Erables. Ces appropriations précoces de « l'impératif qualité » se sont inscrites dans une visée stratégique de la part des dirigeants, avec l'aval des médecins propriétaires, qui ont considéré que passer les procédures de certification « dans la première vague » permettait d'afficher un investissement fort sur le thème de la qualité. Cette stratégie de « bon élève » devait permettre non seulement de profiter d'une relative indulgence des experts visiteurs, mais aussi de garantir l'image et l'attractivité de leurs établissements, dans l'objectif d'attirer des patients en quête de « qualité », et d'augmenter l'activité. Les dirigeants ont alors pu s'appuyer sur les activités peu formalisées de quelques cadres de santé de leurs cliniques, engagés volontairement dans la rédaction de protocoles et de procédures de soin dès la fin des années 1990, ainsi que sur les activités des comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN). En dépit de cette similitude, les stratégies précoces adoptées par les deux établissements présentent des nuances sensibles.

C'est à la Clinique des Erables, où l'anxiété concernant l'indépendance pèse le plus lourdement au cours des années 2000, que cet usage de la qualité a été le plus intense, pour se positionner sur un marché « haut de gamme » des soins à l'échelle de l'agglomération bordelaise.

« Notre stratégie, c'est de nous positionner comme étant un établissement différent des autres. Notre structure d'accueil, la qualité d'accueil, notre plateau technique qui est un des plus beaux plateaux techniques de Bordeaux. [...] Nous sommes une clinique bordelaise, et nous répondons à une demande de soins haut de gamme. » (Directeur général, entretien E-1)

Les dirigeants de la Clinique des Erables ont décidé de formaliser, dès le début des années 2000, une véritable *entité dédiée* à la qualité. Une « cellule qualité » a vu le jour en 2000 pour préparer l'accréditation, autour d'un tandem de deux acteurs recrutés par la direction pour prendre en charge la

qualité : une « assistante qualité » et une cadre de santé formée en alternance sur un « master qualité », affectée à mi-temps sur la préparation à l’accréditation. A l’occasion de la seconde procédure de certification (V2), en 2006, cette cellule qualité a été transformée en « service qualité », dirigé par cette cadre promue « directrice qualité ». Au même moment, la clinique a fait appel à une « responsable qualité », stagiaire en alternance finalement recrutée sur le poste qui venait d’être libéré par la directrice qualité. Ce service est resté stable pour la préparation amorcée en 2008 de la troisième procédure de certification, que la clinique devait passer en 2010. Dans l’objectif de maintenir et d’accroître l’activité de l’établissement et ses « parts de marché » à l’échelle de l’agglomération bordelaise, la direction impulse, depuis 2005, une politique de communication qui affiche fortement la « qualité » des prises en charge auprès des patients et des généralistes susceptibles de les orienter vers la clinique, notamment par l’intermédiaire d’un « livret d’accueil du patient » digne de dépliants touristiques professionnels, qui affiche le niveau de certification de l’établissement comme un « label qualité » mis en avant aux côtés de la description de l’offre hôtelière. La clinique des Erables s’est par ailleurs engagée dans un certain nombre de démarches « volontaires » en rapport avec la qualité, non strictement exigées : elle s’est notamment portée candidate à l’expérimentation du « contrat de bon usage des médicaments » (CBU¹) avant même sa généralisation obligatoire par l’ARH d’Aquitaine.

A la Clinique Mont d’Or, qui a connu une croissance forte et régulière depuis une quinzaine d’années, l’enjeu concurrentiel est présent, mais moins pesant. Si elles ne sont pas totalement absentes, les appréhensions vis-à-vis de l’indépendance et de la prospérité de l’établissement apparaissent beaucoup moins aiguës.

« Comme les hôpitaux ont pas mal retapé au niveau hôtellerie, et les cliniques qui sont comme nous... Tout le monde se bat pour attirer des patients, donc la concurrence est plus active... Nous, on a bénéficié d’une belle croissance, mais il ne faut pas qu’on se repose sur nos lauriers. [...] Il faut avoir une qualité excellente sur tout ce qu’on fait dans notre établissement. » (Médecin obstétricien, président du directoire, entretien MO-8)

Dans ces conditions, la formalisation de la démarche qualité a été moins volontariste au Mont d’Or. Dans un premier temps, elle a surtout été marquée par une mise en conformité « cérémonielle » (Meyer et Rowan, 1977) permettant d’afficher un investissement de façade. Pour préparer l’accréditation et obtenir le précieux label de certification, les dirigeants n’ont pas considéré utile de constituer une entité dédiée à la qualité : des groupes de travail ont été organisés par la secrétaire de direction, qui a fait appel à des volontaires pour réaliser l’auto-évaluation et pour recevoir les experts-visiteurs. Cet engagement de façade a toutefois obtenu des résultats décevants à la procédure de certification : l’établissement a écopé de huit recommandations et d’une réserve mettant en avant le

¹ Il s’agit d’un contrat d’amélioration de la gestion des prescriptions médicamenteuses, signé entre l’ARH et l’établissement pour une durée de cinq ans (2005-2010).

manque de formalisation de la démarche à l'intérieur de la clinique¹. En réaction, les dirigeants ont décidé d'engager la clinique dans une démarche qualité davantage formalisée. Deux cadres de santé volontaires ont bénéficié pendant deux ans une formation continue en matière de management par la qualité, financée par la clinique, pour qu'elles puissent prendre en main l'organisation de la seconde procédure d'accréditation. La formalisation croissante de la démarche qualité doit également beaucoup au recrutement d'un nouveau directeur, en 2005. Expert-visiteur pour l'ANAES au cours des années précédentes, ce directeur a accentué l'investissement de son établissement dans la qualité, pour se démarquer d'une concurrence perçue comme accrue. L'établissement a alors formalisé officiellement une « cellule qualité » autour de ces deux cadres qui venaient de terminer leur formation sur la qualité. La première est montée en grade à l'occasion, en étant nommée « directrice des soins infirmiers » à temps plein, la participation à la cellule qualité faisant partie des prérogatives du poste pour la préparation de la V2. La seconde a gardé la responsabilité de son service de chirurgie à mi-temps, pour devenir « responsable qualité » sur l'autre moitié de son temps de travail. La direction s'est montrée favorable au recrutement d'une « assistante » qualité à temps plein, pour les assister dans la gestion des documents. Cette cellule réduite a orchestré la préparation de la certification V2, assistée par un médecin anesthésiste réanimateur très investi dans l'informatisation de la clinique. Cette formalisation a été sanctionnée positivement par la HAS, puisque l'établissement a été certifié sans recommandation ni réserve début 2007. Par la suite, la cellule qualité de l'établissement a été de nouveau renforcée à l'occasion de la préparation de la troisième procédure de certification, que l'établissement devait passer en 2010, avec le rattachement d'une infirmière polyvalente formée en hygiène. Le résultat a été jugé satisfaisant, l'établissement ayant été certifié avec trois recommandations, mais sans réserve. Au moment de l'enquête de terrain, en 2011, la politique « qualité » était considérée comme un élément important pour la bonne marche de la clinique, susceptible de contribuer au maintien de son attractivité, tant dans ses activités les plus « classiques » (en maternité et chirurgie) que dans celles vers lesquelles elle s'attache à se développer (prises en charge de cancérologie).

En dépit d'un investissement inégal, les deux cliniques convergent largement dans leur engagement précoce et stratégique dans la démarche qualité, en lien avec une sensibilité à la concurrence et une volonté de se démarquer par la qualité. Ces stratégies ont été articulées avec les obligations institutionnelles en matière de certification des établissements.

¹ L'établissement a notamment été encouragé à « définir une démarche qualité englobant gestion documentaire, programme de prévention des risques et évaluation des pratiques professionnelles », à « structurer et évaluer les vigilances sanitaires » (recommandations), et à « définir, mettre en œuvre et évaluer la politique du dossier patient et son archivage » (réserve).

La mobilisation des IQ : jouer le jeu de la concurrence... et des tutelles

En cohérence par rapport à cet engagement sous pressions concurrentielles, les directeurs des deux cliniques se montrent surtout sensibles aux usages des IQ en matière de communication vis-à-vis des usagers. A la Clinique des Erables, les dirigeants n'ont d'ailleurs pas attendu les IQ d'Etat : la direction a déployé ses propres mesures de la qualité de manière précoce, autonome et « volontaire », entre 2004 et 2006, dans une stratégie de marketing mettant en scène l'offre de soins « haut de gamme » de la clinique, dont les « points forts » sont clairement affichés à travers les résultats de la certification, les questionnaires de satisfaction du patient, les audits concernant la douleur.

Dans les deux cliniques, la perception des IQ d'Etat par les équipes de direction est liée aux usages qui peuvent en être faits pour communiquer, de gré ou de force, au sujet de la qualité des prises en charge. Aux Erables, les premiers indicateurs d'Etat autour de l'hygiène hospitalière sont acceptés, la lutte contre les infections nosocomiales étant considérée comme un thème majeur de communication vis-à-vis des patients. Le directeur de Mont d'Or affiche quant à lui sa familiarité avec les IQ d'Etat : l'indice composite ICALIN ne le « dérange pas » ; l'indicateur sur les infections de site opératoire (ISO) est un « bon indicateur » qui a « contribué à sensibiliser les chirurgiens » ; les indicateurs de tenue du dossier patients ont « du sens » en termes de continuité des soins, même si la mesure de la traçabilité ne permet pas d'évaluer la qualité des pratiques. Les directeurs des deux cliniques trouvent « normal » que l'on mesure la qualité pour évaluer les hôpitaux et pour rendre des comptes. Pour autant, les discours des deux directeurs demeurent loin d'une adhésion franche et entière et ils n'hésitent pas à critiquer vertement la méthodologie de construction de certains d'entre eux, dans un langage proche de celui tenu par leurs homologues du Terroir et de Saint Pierre. L'indice de consommation des solutions hydro-alcooliques (ICSHA) est, par exemple, jugé inutile et même « pervers » par le directeur de la Clinique Mont d'Or, en raison de son mode de calcul susceptible de donner lieu à des formes de triche.

« C'est une vaste connerie... Quand il y a eu la grippe aviaire, on a consommé, et maintenant, les gens consomment toujours autant. Ça prouve bien qu'il y a des flacons qui partent pour allumer des barbecues le dimanche. Donc c'est un indicateur PERVERS. Et qui n'amène à RIEN, si ce n'est à l'inflation de choses dont on n'a pas besoin. » (Directeur, entretien MO-1)

Dans les deux cliniques, plus que l'affichage public des résultats par les pouvoirs publics, ce sont surtout les palmarès hospitaliers à l'échelle de leur agglomération et reprenant les IQ qui sont pris au sérieux par la direction. Ils anticipent les effets potentiels de ces publications sur l'activité des établissements, qu'ils reconnaissent prendre en considération.

« Quand la presse publie... Tout le monde dit "c'est nul, on ne regarde pas". N'empêche que quand on est seul, on regarde, on feuillette, et on se dit : je suis meilleur que l'autre. Et quand on est meilleur, on communique. Et quand on est moins bon, on se réunit et on se dit : "pourquoi on a été moins bon : c'est un problème de communication, de relation, de qualité de soin ?" [...] Ce genre de résultat apparaît avec fracas. » (Directeur, entretien E-1)

Ces directeurs surveillent attentivement les résultats des IQ. Comme au Terroir, les directeurs des deux cliniques ont veillé à la mise en place des différents critères évalués par les indicateurs, de la formalisation de la politique qualité à la constitution d'une équipe d'hygiène conforme aux critères évalués par ICALIN. Ils ont soutenu les équipes d'hygiène et déployé des distributeurs de solutés hydro-alcooliques sur les chariots des soignants, dans les couloirs et dans les chambres des patients. A leur sens, leurs cliniques se doivent de jouer le jeu de la concurrence.

« [ICSHA] est pervers, mais on l'a fait pour être bon. [...] On n'a pas envie d'être B ! Personne n'a envie d'être B ! Donc tout le monde achète ! Ils l'affichent et ils s'en servent. [...] Vous l'avez dans le Figaro, vous l'avez partout. » (Directeur, entretien MO-1)

La direction de la Clinique des Erables est celle qui va le plus loin dans l'usage des résultats aux IQ en matière de communication, en les intégrant à ses propres audits et indicateurs « maison » bien mis en avant dans le livret patient. La direction de Mont d'Or est quant à elle plus passive, se contentant de « jouer le jeu » des palmarès, dans une logique de conformité cérémonielle (Meyer et Rowan, 1977), sans déployer de véritable stratégie de communication.

Au-delà des usages concurrentiels des IQ, le caractère plus intense de la mobilisation de la Clinique des Erables renvoie, dans une certaine mesure, aux injonctions spécifiques de l'ARH d'Aquitaine en matière de qualité. Les dirigeants de la clinique dénoncent ce qu'ils perçoivent depuis quelques années comme une « dérive autoritaire » de l'ARH, liée à son intention de faire de l'Aquitaine une région pilote en matière d'évaluation de la qualité. La généralisation précoce, à l'échelle régionale, des IQ de tenue du dossier patient de la HAS est critiquée pour sa lourdeur et son coût. Tout en adoptant une stratégie de « bon élève » par rapport aux exigences de la tutelle régionale, les dirigeants de la clinique critiquent ces nouvelles contraintes dans le cadre d'un contexte budgétaire plus tendu, qui se révèlent coûteuses et difficiles à articuler à la politique qualité élaborée en interne. En dépit de la faible utilisation effective de ces IQ par l'ARH, les dirigeants de la clinique anticipent des usages croissants de ces IQ à l'avenir. Au Mont d'Or, les usages par la tutelle régionale paraissent plus incertains et moins menaçants : les IQ ne font pas véritablement partie des éléments structurants dans les négociations autour d'autorisations de service ou de questions économiques.

Ainsi, l'engagement dans la qualité des directions de la Clinique des Erables et de la Clinique Mont d'Or doit beaucoup à leurs anticipations d'usages concurrentiels des dispositifs d'évaluation, dont ils se sont saisis précocement. Ces appropriations sont entrées en tension avec les injonctions institutionnelles que représentent la certification des établissements et les IQ d'Etat.

« On joue le jeu ! Même si certains indicateurs sont stupides. Mais c'est obligatoire... On est pris dans un système... on ne peut pas en sortir ! Si vous êtes mauvais, ça va se voir comme le nez au milieu de la figure ! »

Directrice, Hôpital Saint Pierre, entretien SP-1

C’est une variation d’engagements contraints qui a été décrite dans cette deuxième section. Il est incontestable que les directions d’établissement disposent d’une certaine marge de manœuvre dans le rythme, l’intensité et la manière dont elles ont engagé leurs établissements dans la qualité et sa mesure. Néanmoins, au-delà des nuances, la convergence est frappante entre les quatre cas. Selon des logiques légèrement différentes, les directeurs se sont tous « convertis » à la qualité. Ils ont formalisé des démarches locales puis « joué le jeu » des IQ déployés par l’Etat. Les stratégies locales s’élaborent dans un contexte fortement contraint par des pressions administratives et concurrentielles, qui structurent les enjeux des gestionnaires. Dès lors qu’ils sont soutenus et déployés publiquement par tout un ensemble d’acteurs, allant des institutions de tutelle aux palmarès hospitaliers, les IQ sont pris au sérieux par ces directeurs qui s’attachent à éviter tout « faux pas » qui risquerait de mettre en danger leur établissement. Un puissant mécanisme de prophétie auto-réalisatrice est à l’œuvre à ce niveau des organisations¹. Les quatre directions ont décidé de se conformer, et pris l’habitude de rendre des comptes sur la qualité. Dans une certaine mesure et à des degrés différents selon les cas, elles ont même commencé à s’approprier ces dispositifs d’évaluation qu’elles critiquent pourtant vertement. Comme certains gestionnaires d’école de droit soumis à l’injonction des *rankings*, ces directeurs ont « attrapé la maladie » de la qualité presque sans s’en rendre compte (Sauder et Espeland, 2009, p. 76) : lorsque leur établissement obtient de bons résultats, ces directeurs mettent de côté leurs réticences pour communiquer auprès de leurs patients et des pouvoirs publics. L’engagement des gestionnaires d’établissement dans l’évaluation de la qualité repose ainsi sur une bonne dose de coercition... qui donne naissance à des appropriations. Leur engagement est lourd de conséquences, puisqu’il a doté les établissements d’entités et d’acteurs dédiés, auxquels ils ont largement délégué le travail de gestion de la qualité.

3. Les gestionnaires de la qualité : des appropriations managériales

A leurs rythmes et selon leurs propres logiques, les directions des quatre établissements ont toutes constitué, au cours des années 2000, des « milieux qualité » (Benamouzig et al., 2010, p. 3) composés de comités², d’entités organisationnelles et d’acteurs dédiés à la qualité, chargés de déployer toute une panoplie d’instruments d’évaluation, d’organiser la politique locale, et de répondre aux injonctions institutionnelles : préparation de la procédure de certification, prise en charge des IQ

¹ L’analogie avec les conclusions des recherches menées sur les *rankings* est ici frappante : « *Reactions of students, alumni, media, and peers gradually “taught” law school administrators that rankings mattered. As this lesson spread, more people began treating improved rankings as a strategic project, and their influence widened. So, despite the deep skepticism most administrators still feel toward rankings, they have become crucial professional and organizational facts that generate enormous attention and effort [...] Over time, law schools learned that rankings were fateful, that people made important decisions using rankings, and schools began to invest heavily in improving rankings* ». (Espeland et Sauder, 2007, p. 24)

² Les principaux comités en lien avec la qualité que l’on retrouve dans les établissements sont le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), le comité de lutte contre la douleur (CLUD), le comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN), la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ) et le comité d’éthique.

d'Etat, organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP¹) ou encore revues de morbidité (RMM²). Evidemment, les milieux qualité des quatre établissements ne sont pas des copies conformes : ils sont marqués par un ensemble de variations locales, dépendant de l'ancienneté de la démarche, des profils des acteurs qui se sont mobilisés ou qui ont été recrutés, ou encore du degré de formalisation des « cellules » ou « services » dédiés. Comment ces acteurs perçoivent-ils et utilisent-ils les indicateurs d'Etat ? La composition d'entités dédiées à la qualité gagne à ne pas être interprétée trop vite comme le signe d'un « découplage » entre l'évaluation externe et les pratiques locales (Power, 1997, p. 96). Dans leur hétérogénéité, ces milieux qualité ont vu s'épanouir une nouvelle « expertise » locale, incarnée par des acteurs qui se sont progressivement appropriés les savoirs et les dispositifs en rapport avec la qualité. Comme d'autres professionnels de la gestion, ces « faiseurs de performance » (Boussard, 2008) d'un genre particulier sont susceptibles de se saisir des instruments de gestion de la qualité et des logiques qu'ils véhiculent. Les « experts qualité » placés au cœur de ces milieux locaux constituent ainsi un deuxième rouage incontournable du couplage entre les instruments d'évaluation de la qualité et les pratiques hospitalières. L'enquête comparative permet de mettre en évidence une dynamique générique d'*appropriation* des indicateurs de qualité par ces différents gestionnaires de la qualité. Ce sont principalement les profils et la position organisationnelle des experts qualité qui structurent les différentes stratégies à travers lesquelles ils s'emparent des IQ d'Etat. Sans rentrer dans une analyse trop détaillée du travail de ces experts et de la dynamique de leur légitimation, qui feront l'objet d'un développement transversal spécifique dans le chapitre 8, cette section analyse les mécanismes qui conduisent ces acteurs-clé à s'approprier les IQ d'Etat, de manière plus ou moins forte selon les cas.

1) Erables et Saint Pierre : les ressorts d'une forte appropriation

La ressemblance est frappante entre les milieux qualité de la Clinique des Erables et de l'Hôpital Saint Pierre. Dans le cadre de jeux locaux structurés par leur position hiérarchique, les experts qualité s'approprient différentes formes de mesure de la qualité, à travers des usages managériaux visant à équiper leurs actions et à construire leur légitimité.

¹ Depuis le milieu des années 2000, la HAS porte différentes méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles, qui sont devenues obligatoires à travers certains critères de la deuxième procédure de certification des établissements de santé. Chaque établissement doit ainsi organiser ses « EPP » avec les différentes spécialités.

² La RMM est « une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins » (source : site Internet de la HAS, consulté le 31 mars 2014).

Des usages managériaux de la mesure par des experts qualité en position hiérarchique

Pour saisir comment les experts qualité de ces deux établissements se saisissent des IQ d'Etat, il est d'abord nécessaire de décrire succinctement les « milieux qualité » dans lesquels ils sont introduits. Les Erables et Saint Pierre sont les deux établissements dans lesquels la démarche qualité a suscité l'engagement le plus net de la part des directions, sensibles à la fois aux pressions institutionnelles et concurrentielles. La qualité y est volontiers décrite comme un « investissement stratégique », comme une « priorité ». Les entités en charge de la qualité aux Erables et à Saint Pierre ont un certain air de famille. Elles sont davantage formalisées et hiérarchisées que celles des deux autres établissements. Elles sont composées autour de trois acteurs centraux aux profils très similaires. Tout d'abord, l'entité qualité est formellement dirigée par un acteur en position hiérarchique, rattaché à la direction, doté d'un temps dédié important pour prendre en charge le pilotage de la politique qualité. Aux Erables, c'est une ancienne infirmière devenue cadre de santé puis responsable qualité qui occupe cette fonction de « directrice adjointe » en charge de la qualité et d'autres aspects de la gestion de la clinique. A Saint Pierre, c'est une ancienne directrice d'établissement qui a été recrutée sur un double poste « d'attachée de direction » et de « responsable qualité ». Ces deux acteurs font le lien avec la direction générale, représentent l'entité qualité, et déterminent l'organisation du travail. Sous la responsabilité hiérarchique de cet acteur rattaché à la direction, on retrouve ensuite dans chacun des deux établissements un expert formé à la qualité industrielle, recruté pour ses compétences méthodologiques en matière de qualité et de gestion des risques. Aux Erables, cette fonction est occupée par une « responsable qualité » provenant de l'industrie pharmaceutique recrutée à la fin d'un stage de formation au management par la qualité réalisé à la clinique. A Saint Pierre, c'est un « gestionnaire des risques » qui a été recruté à la suite d'une mission de conseil dans l'établissement. Ces acteurs sont davantage des « techniciens » de la qualité, chargés d'accompagner méthodologiquement les différentes instances et comités dans la préparation des démarches de qualité et de gestion des risques, de réaliser les audits, les évaluations, la cartographie des risques ou encore de gérer le système de signalement des événements indésirables. Enfin, pour prendre en charge tout le travail documentaire et informatique de l'entité qualité, chacun des établissements a recruté une « assistante », chargée essentiellement de l'organisation des réunions, de la rédaction et de la gestion de la documentation en matière de qualité.

Les expertises qualité de la Clinique des Erables et de l'Hôpital Saint Pierre sont ainsi constituées d'acteurs caractérisés par une certaine distance par rapport aux activités de soin. Seul un médecin réanimateur participe occasionnellement et irrégulièrement aux activités de la cellule qualité de l'Hôpital Saint Pierre. Dans ces conditions, le principal enjeu de ces experts qualité, depuis qu'ils ont pris leurs fonctions, est bien d'obtenir la participation des soignants aux activités dédiées à la qualité. L'enrôlement des médecins se révèle tout particulièrement problématique, pour deux raisons assez différentes : aux Erables, les médecins sont aussi les actionnaires et « patrons » de la clinique,

qui estiment avoir « sous-traité » la « gestion » de la qualité à des « administratifs ». A Saint Pierre, les médecins salariés sont accaparés par les difficultés financières de l'établissement et leurs conséquences en matière de climat social, qui leur donnent des arguments pour rester à distance de la démarche qualité, perçue comme une émanation de la hiérarchie administrative à l'origine des plans sociaux. Dans les deux cas, les experts qualité sont à la recherche de dispositifs pour équiper leur travail sur la qualité, permettant de faire la preuve de leur utilité et de constituer des « leviers » de mobilisation des autres acteurs, et notamment de médecins réticents. Pour ces experts en position hiérarchique, la mesure chiffrée de la qualité est considérée comme un outil de légitimation des activités et des acteurs de la qualité.

« On vous présente la politique qualité... [Il regarde au plafond]. [...] "C'est pour les auditeurs", "c'est du pipeau"... N'empêche que quand en face, on dit "voilà les indicateurs, et voilà ce qui a été fait, c'est mesuré, les résultats sont là, là c'est bon on a tenu les objectifs", les gens ils ne peuvent pas contrecarrer ! » (Gestionnaire des risques, entretien SP-7)

Cet usage stratégique de mesures pour gérer la qualité et pour se légitimer, s'il se retrouve de manière prégnante dans les deux établissements, se décline selon des situations locales marquées par des spécificités structurantes. La stratégie du service qualité de la Clinique des Erables remonte au tout début des années 2000, et lui a permis d'installer sa légitimité à partir d'indicateurs « maison », élaborés de manière autonome en fonction des besoins, qui entrent en tension avec les indicateurs d'Etat obligatoires déployés par la suite. Les experts de la cellule qualité de Saint Pierre ont découvert plus récemment l'intérêt de se saisir des indicateurs de qualité. Ils développent leurs mesures internes tout en se saisissant des IQ d'Etat comme d'une ressource. Autour d'une même quête de légitimité pour les experts, les IQ d'Etat sont en fait appropriés à travers deux mécanismes différents.

Le service qualité des Erables : une appropriation des IQ par substitution

A la Clinique des Erables, le service qualité est perçu comme l'interlocuteur légitime en matière de qualité et de gestion des risques. Cette position est le fruit d'une construction stratégique depuis le début des années 2000 : le service s'est formalisé autour de la personnalité charismatique de sa « directrice qualité », qui a acquis progressivement un rôle de « directrice adjointe » du directeur général, et qui maîtrise dans les faits les principaux aspects opérationnels de l'organisation : elle a même « formé » le nouveau directeur, arrivé dans la structure en 2005. Cette directrice a contribué à définir l'investissement « précoce » et stratégique de la clinique dans la qualité, et a construit sa carrière autour de son « expertise qualité » au cours des trois procédures de certification. Sa légitimité forte donne un certain poids au service qualité à l'intérieur de la clinique. Les experts ne se contentent pas de « répondre » aux exigences institutionnelles. Ils ont déployé de longue date tout un ensemble d'activités autonomes, d'audit, d'évaluation et de communication. Le service qualité rédige et diffuse auprès de l'ensemble des salariés une « gazette qualité » mensuelle, en papier glacé couleur, qui met en valeur le travail sur la qualité. Le service participe par ailleurs activement à certains projets

transversaux qui débordent la seule qualité, comme l’informatisation des dossiers patients ou l’optimisation de la gestion du bloc opératoire.

La construction d’indicateurs de gestion de la qualité a constitué une dimension importante de ce travail autonome, et a joué un rôle majeur dans la légitimation du service. L’actuelle directrice qualité se présente volontiers comme « le jardinier » qui a « semé » la mesure sur le « terrain vierge » de la clinique. Elle a mis en place de nombreux indicateurs dès le début des années 2000.

« Entre 2002 et 2006, on a mis ça en place en interne, parce que je trouvais ça passionnant, les indicateurs. [...] A l’époque j’avais mis ça en place par secteur, j’avais travaillé avec tous les cadres. [...] Au bloc, on avait mis les taux d’occupation des salles, le nombre d’urgences, le suivi des heures d’astreintes. En administratif, on travaillait beaucoup sur le circuit patient, avec tout un plan d’action. Le terrain était vierge, et il y avait tout à semer. Pour moi, jouer au jardinier, ça a été fantastique. Un vrai bonheur. » (Directrice qualité, entretien E-5)

Cet extrait d’entretien illustre bien la forte adhésion de la directrice qualité aux principes de la gestion par indicateurs, auxquels elle s’est familiarisée lors de son « master qualité » réalisé en alternance de ses activités de cadre de santé. Se décrivant volontiers comme « quelqu’un de cartésien », cette directrice est intéressée de longue date par le caractère « factuel » et « chiffré » des indicateurs de gestion en général, qu’elle perçoit comme des outils d’information mais aussi de négociation incontournables. Sous son impulsion, le service qualité des Erables a mis en place de manière précoce un « tableau de bord » intégré, réunissant au moment de l’enquête de terrain plus de 90 indicateurs¹, sous format tableur, classés par secteur d’activité. Ce tableau de bord sert de colonne vertébrale au travail du service qualité. Il permet à la fois de « suivre » la qualité à l’intérieur de la clinique, et de communiquer vis-à-vis de l’extérieur. Depuis son recrutement en 2005, c’est la responsable qualité entretient et actualise ce tableau de bord, ce qui implique un intense travail d’audit et de recueil d’informations dans les différents services de l’établissement.

Tous les indicateurs ne donnent évidemment pas lieu au même type et au même degré d’investissement. De nombreuses mesures ne font pas l’objet d’usages véritablement structurants. Certains indicateurs (satisfaction des patients, mesures de la douleur, indicateurs d’hygiène) font surtout l’objet d’un affichage intense vis-à-vis des patients. D’autres, plus particulièrement utilisés pour la gestion interne, s’apparentent davantage à des « indicateurs prégnants » (Boussard, 2001) qui incarnent particulièrement bien certains enjeux importants de l’organisation. C’est le cas d’indicateurs qui présentent l’originalité d’hybrider la mesure de la « qualité » avec la mesure de la « performance économique » de la clinique. Sans rentrer ici dans les détails de l’ensemble de ces indicateurs, il est utile de décrire brièvement l’exemple du « taux de préadmission », conçu en 2007,

¹ Au sein de ce tableau de bord, on trouve une grande diversité d’indicateurs, touchant aux différentes dimensions de la vie de la clinique : activités médicales (« taux de consultations pré-anesthésiques conformes ») ou paramédicales (« nombre de chutes »), d’autres concernant plutôt l’organisation de la clinique (« taux de conformité du tri des déchets »), d’autres encore sont directement liés aux enjeux de sécurité (« taux de conformité du stock de stupéfiant par service », « nombre d’incidents en matériau-vigilance ») ou à la satisfaction des patients (« taux de patients satisfaits des traitements de la douleur »).

qui donne bien à voir ce type d'hybridation et l'usage effectif auquel les mesures endogènes donnent lieu. Cet indicateur a été élaboré conjointement par la directrice en charge de la qualité et la directrice économique, qui se sont entendues sur le constat des difficultés liées à la mauvaise organisation de l'admission des patients, bien reflété par un taux faible (10 à 12%) de patients reçus au cours d'une « préadmission » se déroulant conformément aux attentes des dirigeants. Ces difficultés d'organisation avaient une incidence financière et une incidence matière de qualité de l'accueil. L'indicateur mis en place a permis d'objectiver toute une série de problèmes liés à la préadmission des patients, et de justifier de la nécessité de créer un « comité de gestion des lits » chargé de résoudre les tensions et d'arbitrer les difficultés. Il est régulièrement utilisé dans la clinique comme un outil permettant d'attirer l'attention des praticiens au sein des différentes instances dirigeantes.

« Chaque fois qu'on a besoin de cet indicateur, on le fait ressortir, en directoire, en comité de direction, c'est devenu un outil, un truc qui parle à beaucoup de monde. [...] Si vous êtes administratif, vous allez l'utiliser en tant qu'activité, coût, etc. Si vous êtes soignant vous dites "j'ai un protocole d'accueil que je peux appliquer parce que j'attends, parce que c'est planifié..." Si vous êtes médecin c'est vous assurer que vous avez bien un lit pour votre patient... C'est un indicateur très intéressant. » (Directrice qualité, entretien E-5)

Les experts qualité de la Clinique des Erables utilisent depuis plusieurs années des instruments de mesure de la qualité de ce type, pour la plupart élaborés en interne, souvent hybridés à des enjeux financiers ou organisationnels. Ce sont des usages managériaux, centrés autour des « processus » de l'organisation, qui dominent au sein du service qualité de l'établissement.

Non sans difficultés, les experts qualité s'attachent depuis quelques années à les articuler les IQ d'Etat avec leur démarche autonome antérieure. Si les indicateurs d'Etat sont une minorité au sein des indicateurs suivis en interne, les experts qualité les considèrent néanmoins comme prioritaires, en raison de leur caractère obligatoire, de leur vocation à être diffusés publiquement et de leurs conséquences possibles en termes de « sanctions » administratives à l'échelle régionale. Dans le contexte d'une situation financière tendue, la tendance est à la substitution des indicateurs d'Etat aux indicateurs « maison ».

« On a fait un tri. Et tous les ans puisque les tutelles nous ont imposé de plus en plus d'indicateurs, on enlève ceux qu'on a clôturés, et on intègre ceux que les tutelles nous imposent. On ne va plus s'orienter que vers les indicateurs obligatoires [...] C'est un peu dommage. Mais [...] il va falloir qu'on rentre dans les clous et qu'on arrive à répondre uniquement aux exigences des tutelles. » (Directrice qualité, entretien E-6)

Cette inévitable substitution pour « rentrer dans les clous » s'accompagne de la perception d'une forme d'injustice pour ces experts qualité, qui ont la sensation que s'être précocément engagé dans la démarche qualité et être toujours au premier rang des expérimentations ne « paie » pas. Ils considèrent que leurs mesures endogènes sont « parasitées » par les IQ.

Ce mécanisme de substitution n'empêche pas des formes d'appropriation relativement fortes de ces indicateurs. Les expertes qualité de la clinique, faisant « contre mauvaise fortune bon cœur », s'attachent à inventer localement une utilité à ces IQ qui se sont imposés dans leur travail. Cela leur

semble plus facile en ce qui concerne les IQ du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales, relativement bien acceptés. Pris en charge par le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et le service qualité, ces indicateurs sont mobilisés en routine au sein de la clinique : ils sont régulièrement présentés et commentés dans les réunions, et donnent lieu à de multiples déclinaisons « internes », sous forme d'audits en lien avec « l'hygiène des mains », l'utilisation des solutions hydroalcooliques, la prescription d'antibiotiques ou encore le suivi des infections de site opératoire. En revanche, l'appropriation des indicateurs de tenue du dossier patient, perçus comme une injonction de l'ARH, est moins approfondie et se fait davantage « à contrecœur » : les experts tentent de mettre ces IQ au service de la mobilisation des professionnels sur la qualité, en communiquant en interne sur leurs résultats, auprès des cadres (lors des différentes réunions et en profitant du levier hiérarchique de la directrice qualité), auprès des médecins (en CME), et plus généralement auprès du personnel de la clinique, à travers les numéros de la « gazette qualité » transmise avec les fiches de paie. Au printemps 2009, cette dynamique de substitution est bien amorcée. Les experts qualité des Erables, qui se sont approprié la mesure de la qualité de manière autonome, se servent des IQ d'Etat contraignants. Ils en viennent à mettre au service de ces IQ externes des compétences qu'ils ont développées de manière volontaire, et la légitimité qu'ils ont surtout acquise grâce à des indicateurs « maison ».

La cellule qualité de l'hôpital Saint Pierre : une appropriation des IQ par symbiose

A l'Hôpital Saint Pierre, les IQ d'Etat s'implantent au sein de la cellule qualité à travers une forme d'appropriation plus proche de la « symbiose ». Marqués par une légitimité encore fragile, les experts qualité de l'hôpital lyonnais adhèrent plus fortement qu'ailleurs aux indicateurs, dont ils s'emparent aux côtés d'autres mesures, pour équiper leur politique de gestion de la qualité et légitimer leur travail.

La cellule qualité de Saint Pierre occupe une position hiérarchique plus ambiguë que le service qualité des Erables. Pour la directrice de l'hôpital, le rattachement de la qualité au poste d'attachée de direction constitue un message clair de « soutien » aux activités des experts. Pourtant, si l'attachée de direction participe au « comité de direction », elle n'est pas officiellement considérée comme une « directrice adjointe ». Dans les faits, elle occupe une fonction hiérarchique par certaines de ses attributions, mais les activités de son « mi-temps » consacré à la qualité ne sont pas officiellement rattachées à une fonction hiérarchique. Cela a un effet ambivalent sur la légitimité des experts de l'hôpital lyonnais. D'un côté, la facette hiérarchique du poste de « l'attachée de direction » dote leurs requêtes d'un certain poids. D'un autre côté, ce rattachement prête le flanc aux critiques de la part de certains professionnels, prompts à voir dans les exigences en lien avec la qualité des obligations « bureaucratiques » qui leur sont imposées par la direction.

Les activités de cette cellule encore récente ont longtemps été presque exclusivement orientées vers la réponse aux obligations institutionnelles. C'est donc dans un milieu qualité quasiment vierge

de mesures endogènes de la qualité que les IQ d'Etat ont été introduits à partir du milieu des années 2000, d'abord sous la forme du tableau de bord des infections nosocomiales, puis sous la forme d'une participation volontaire au recueil des IQ généralisés par la HAS, dans le cadre d'une « expérimentation » en 2007, faisant suite à une sollicitation de la fédération FEHAP auprès de ses adhérents. Les experts de Saint Pierre ont donc pu s'appuyer sur ces mesures d'Etat pour équiper une politique qualité formalisée de manière plus tardive. Cette situation favorise une forte adhésion de ces experts aux IQ d'Etat, nourrie également par une familiarité de longue date développée dans le cadre de leurs parcours professionnels. Le gestionnaire des risques a une vision très « progressiste » des indicateurs de qualité, qu'il conçoit comme des outils de rationalisation gestionnaire et d'amélioration des processus, dans une approche très marquée par la « qualité industrielle » et ses normes « ISO », qu'il a bien connues lors de son début de carrière dans une entreprise de conseil dans le secteur de l'industrie de haute technologie. De son côté, l'attachée de direction et responsable qualité a suivi le développement des IQ avec un intérêt tout particulier, lié à son engagement en tant qu'« experte-visiteuse » pour le compte de la Haute Autorité de santé. Elle a participé à de nombreuses formations sur le sujet, et voit d'un très bon œil l'intégration des indicateurs à la procédure de certification V2010. Elle interprète l'essor de la mesure chiffrée de certains critères comme une mise en cohérence des procédures institutionnelles, et comme un gain d'objectivité.

« C'est une valeur ajoutée énorme... [...] Ça apporte une preuve tangible si vous voulez. Ça permet d'objectiver, que la certification ait plus de force... Moi franchement j'aimerais qu'on travaille de plus en plus avec des résultats d'indicateurs. » (Attachée de direction et responsable qualité, entretien SP-5)

Dans un même mouvement, les experts s'attachent à trouver des usages aux IQ d'Etat et à leurs premiers indicateurs « maison ». La responsable qualité a amorcé un travail sur l'enquête de satisfaction des patients, en s'inspirant librement du questionnaire de satisfaction des patients hospitalisés en région Aquitaine (SAPHORA), validé par le CCECQA et testé par COMPAQH, pour transformer le dispositif d'évaluation de la satisfaction des patients de l'hôpital. Le gestionnaire des risques déploie de son côté un système de « signalement des événements indésirables » permettant d'opérer un suivi des risques à l'intérieur de l'établissement¹.

Les IQ externes et obligatoires sont moins perçus comme un frein ou comme une contrainte que comme une *ressource* pour ces gestionnaires de la qualité, qui tâchent de se les approprier stratégiquement. La cellule qualité « suit » et analyse l'ensemble de ces indicateurs, ce qui lui permet de les mobiliser d'une manière similaire à la situation mise en évidence aux Erables : ils sont communiqués aussi régulièrement que possible dans les différents comités et en commission médicale d'établissements pour sensibiliser les professionnels du soin. Ils sont utilisés dans les divers plans

¹ S'il ne s'agit pas à proprement parler « d'indicateurs de qualité », ce système permet au gestionnaire d'évaluer, à la fois quantitativement et qualitativement, les différents risques pour le personnel (accidents d'exposition au sang, accidents au travail) et les patients (chutes, problèmes de stérilisation, etc.).

d’amélioration de la qualité en lien avec l’hygiène, l’amélioration du dossier patient, ou encore l’évaluation des pratiques professionnelles (EPP). L’évaluation de la sortie du patient illustre bien, par exemple, la manière dont ces indicateurs sont utilisés par les experts pour cadrer leur travail sur la qualité. Ils ont mobilisé plusieurs items des IQ d’Etat évaluant la remise des documents nécessaires à une sortie « de bonne qualité » du patient, tels qu’ils sont évalués par l’indicateur de tenue du dossier patient (TDP) et par l’indicateur de délai d’envoi des courriers de fin d’hospitalisation (DEC). Les IQ ont servi de support au travail accompli pour harmoniser les formats des courriers.

Loin d’inhiber le développement d’indicateurs « maison », les indicateurs externes servent aussi de support au travail local en matière de qualité. Les experts ont par exemple déjà commencé, en 2010, à intégrer les indicateurs dans un unique « tableau de bord », encore inabouti en 2011, destiné à montrer les résultats de leur travail sous la forme d’indicateurs susceptibles d’être facilement communiqués au sein des services de soin. Ils ont défini quatre axes jugés stratégiques : le « management des risques », le « confort du patient et la qualité de la prise en charge », la « bientraitance du patient », et la « continuité de la prise en charge et sécurisation des pratiques professionnelles ». Chaque axe décline une douzaine d’indicateurs, intégrant indicateurs endogènes et exogènes au sein du même tableau. Chaque indicateur fait l’objet d’une présentation simplifiée, mettant en scène la fréquence de recueil, la cible à atteindre, et les résultats des dernières mesures effectuées, avec une couleur illustrant la progression ou la régression du score. Ces cibles ont d’ailleurs été définies en prenant appui, lorsque c’était possible, sur les références nationales à leur disposition : cibles de la HAS pour les indicateurs généralisés, cibles du ministère pour les indicateurs du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales. L’objectif est d’abord de donner aux experts qualité une vue globale sur cette sélection d’indicateurs jugés les plus importants, mais ils en profitent pour se réapproprier stratégiquement les IQ d’Etat pour gagner en légitimité.

« L’idée c’est que quelque part [rires] on sert à quelque chose ! Parce qu’on nous dit "vous nous servez à quoi ?" Grosso modo... [rires]. Donc dire "des actions qu’on mène dans des groupes de travail, ça aide peut-être à diminuer des erreurs d’identités, à diminuer des nombres de chutes". L’idée c’est de montrer qu’il y a des résultats ! » (Attachée de direction et responsable qualité, entretien SP-5)

A la Clinique des Erables et à l’Hôpital Saint Pierre, des experts qualité en position hiérarchique se sont saisis stratégiquement de la mesure de la qualité pour équiper leurs actions et légitimer leur travail. Adhérant plus ou moins profondément aux logiques des IQ d’Etat, qu’ils perçoivent alternativement plutôt comme des contraintes (aux Erables) ou des ressources (à Saint Pierre), ces différents acteurs mobilisent de manière croissante ces dispositifs.

2) Mont d’Or et Terroir : les ressorts d’une appropriation émergente

Par contraste avec les deux premiers établissements, la ressemblance entre les experts qualité de la Clinique Mont d’Or et du Centre Hospitalier du Terroir est tout aussi frappante. Dans le cadre de

jeux locaux structurés par leur position peu hiérarchique et leur proximité plus forte avec les professionnels du soin, les experts de ces deux établissements ont déployé des stratégies de découplage entre les indicateurs et les pratiques locales, non exclusives de formes émergentes d'appropriation des IQ d'Etat.

La délicate mobilisation des IQ par des experts proches des activités de soin

En dépit de leurs différences, ces deux établissements ont composé des « milieux qualité » qui partagent des traits communs. Dans les deux cas, la démarche qualité engagée par la direction s'est constituée autour d'une « cellule transversale », reposant sur la mobilisation d'une poignée de « volontaires » s'investissant dans la qualité en parallèle de leurs activités principales¹. Les deux entités dédiées à la qualité sont placées dans une position moins clairement hiérarchique qu'aux Erables et à Saint Pierre. Le contrôle exercé par la direction y est relativement faible. La cellule qualité du Terroir est placée sous la responsabilité de la directrice des ressources humaines, qui joue un rôle important au sein de l'équipe de direction. Néanmoins, la qualité représente une partie restreinte de ses activités, et les acteurs centraux de la cellule qualité, qui sont le médecin hygiéniste et le responsable qualité, disposent d'une grande autonomie dans leur travail. Il en va de même pour la cellule qualité du Mont d'Or, placée sous la responsabilité formelle du directoire, mais dans les faits très largement aux mains de la directrice des soins et de la cadre de santé responsable de la qualité. En revanche, ces acteurs sont pour la plupart restés plus proches des activités de soin que leurs homologues des Erables de Saint Pierre. Parmi tous ces acteurs, seul le responsable qualité du Terroir, recruté en 2008, est un « professionnel de la qualité », les principaux acteurs des deux cellules qualité étant plutôt des « professionnels tournés vers la qualité », qui travaillent ensemble dans une relation elle-même assez peu hiérarchique, autour d'une division des tâches assez peu formalisée.

Ces profils plus proches des professionnels de santé ont des conséquences sur la légitimité des experts à l'échelle des établissements, qui repose sur des compétences plus professionnelles de pairs-soignants que managériales ou hiérarchiques. C'est très net en ce qui concerne le médecin hygiéniste du Terroir, dont les compétences premières ont davantage à voir avec sa pratique d'hygiène médicale qu'avec la méthodologie de la qualité, qu'il a embrassée plus récemment.

« Ce qui est très intéressant, c'est de faire des analyses de cas, quand un patient est porteur d'une bactérie multi résistante, voir pourquoi il a acquis cette BMR, si on peut maîtriser sa

¹ Au Terroir, la cellule qualité est composée de six personnes : la directrice chargée « des ressources humaines, des affaires médicales, de la qualité, de la communication et de l'analyse de gestion », qui valide les grandes orientations du travail, le médecin hygiéniste, qui anime la lutte contre les infections nosocomiales, le responsable qualité, qui s'occupe de la gestion des risques, la pharmacienne, qui organise la pharmacovigilance, ainsi que la directrice des soins et la directrice économique, aux rôles plus périphériques. A la Clinique Mont d'Or, la cellule qualité est composée de cinq personnes : la directrice des soins, en charge de tout ce qui a trait aux relations avec les patients et à la qualité des pratiques soignantes paramédicales, la cadre de santé responsable qualité à mi-temps, qui coordonne et valide l'ensemble du travail de la cellule qualité, l'infirmière polyvalente, qui participe au travail de la cellule qualité au gré des besoins, l'assistante documentaire, et enfin l'un des médecins anesthésistes réanimateurs de la clinique, qui participe de manière plus irrégulière aux différentes activités qualité.

diffusion, est-ce qu’on a pu éviter une épidémie parce qu’on a bien informé le personnel soignant [...]. De plus en plus, je suis impliqué dans la qualité... [...] Moi ça m’intéresse la qualité, gestion des risques, indicateurs... Et puis la direction a besoin d’avoir un interlocuteur médecin qui puisse parler de la qualité, des évaluations ». (Médecin hygiéniste, entretien T-7)

On retrouve des profils « professionnels » comparables au cœur de la cellule qualité du Mont d’Or, organisée autour du « tandem » de la directrice des soins et de la responsable qualité, qui sont les deux volontaires dont la formation à la qualité a été financée par la clinique suite à l’accréditation. Toutes deux cadres de santé de formation, ces deux personnes se connaissent « depuis plus de 20 ans », et font état de relations très amicales avec les autres cadres de la clinique. Elles continuent à être en contact étroit avec les activités de soin. La responsable qualité exerce même à mi-temps sa fonction d’encadrement d’un service de chirurgie de la clinique, qui lui permet de rester très proche des autres cadres de santé de la clinique. Ce tandem dispose d’une légitimité forte vis-à-vis des autres cadres et des personnels paramédicaux, soutenu par le poids hiérarchique de la directrice des soins sur les différents personnels. Elles ne se voient toutefois pas du tout comme des « gestionnaires » de la qualité en position hiérarchique. La manière dont les acteurs de la cellule qualité ironisent sur la façon dont elles se sentent perçues dans certains services de soins révèle bien leurs difficultés pour s’imposer par rapport aux médecins propriétaires de la clinique.

« Lorsque je demande quelques informations de contexte pour savoir où je mets les pieds, et avant que l’enregistrement ne démarre, la responsable qualité et l’assistante documentaire m’expliquent en chœur et en riant qu’elles sont "les chiantes de la qualité", "les blondes", montrant d’emblée de manière humoristique la manière dont elles se pensent perçues par les autres acteurs de la clinique. » (Journal de terrain, premier jour à la Clinique Mont d’Or).

Cet ancrage dans des logiques professionnelles plutôt que gestionnaires conduit à ce que les experts qualité s’attachent davantage à répondre aux exigences institutionnelles en matière de qualité, plutôt qu’à déployer des activités de gestion de la qualité autonomes. Ils mettent un point d’honneur à rendre compatibles leurs activités avec les contraintes professionnelles de leurs collègues. Les experts qualité mettent aussi en avant la dimension contraignante des IQ d’Etat, tout en se montrant sensibles, dans une moindre mesure, à l’intérêt qu’ils peuvent malgré tout avoir pour mobiliser les professionnels. Au Terroir, le médecin hygiéniste met surtout en exergue le caractère « chronophage » du recueil des indicateurs généralisés par la HAS, qu’il apparente à une « usine à gaz ». L’archivage des dossiers n’étant pas centralisé dans l’établissement, il est nécessaire de rassembler manuellement les dossiers tirés au sort par le logiciel dans les différents services. Le médecin hygiéniste a estimé à plus de 60 heures le travail de recueil pour 2008.

« C’est très intéressant, ça balaye le dossier patient, le dossier anesthésique, donc on a évalué tout ça. Mais nom d’un chien... Le temps que ça prend ! [...] Au total, on a quand même des axes d’amélioration. Il y a des retombées pratiques. Heureusement ! Mais, pour moi, ça reste disproportionné. » (Médecin hygiéniste, entretien T-8)

A la Clinique Mont d’Or, les indicateurs sont perçus comme plus extérieurs et plus contraignants que d’autres approches de la qualité susceptibles de parler davantage aux soignants, comme les protocoles

de soins ou les revues de morbidité (RMM). La manière dont les experts de la clinique ont vécu la troisième procédure de certification de l'établissement (V3), passée en 2010, et marquée par l'utilisation des IQ pour évaluer certains critères, est très révélatrice de leur perception ambivalente de la mesure. Les expertes considèrent comme « normale » cette intégration de mesures objectives, mais regrettent la rigidité liée à cette évolution d'une analyse qualitative à une analyse plus quantitative.

« La certification V3, je l'ai trouvée vraiment plus tendue... C'est plus "indicateurs"... [...] C'est "ou il y a ou il n'y a pas", "si vous n'avez pas les indicateurs, si vous ne pouvez pas nous le prouver par un tableau de bord, ce n'est pas bon"! C'est dommage, parce que ça enlève pas mal de choses. [...] C'est beaucoup plus strict, je trouve. [...] Les certifications vont devenir simplement des trucs d'experts, on rendra "satisfaction patient", "ICALIN", "IPAQSS", et selon ces pourcentages là un établissement sera "bien" ou "pas bien"... » (Responsable qualité, entretien MO-6)

La responsable qualité de la clinique regrette également que le cadrage croissant de l'évaluation par les scores aux indicateurs obligatoires ait conduit les experts à peu insister sur les questions d'hygiène (puisque l'établissement était bien noté), et au contraire à s'appesantir sur la tenue du dossier patient (pour lequel la clinique a un score moins élevé). La directrice des soins souligne aussi le « manque de finesse » dans l'évaluation chiffrée de la conformité des délais d'envoi de courrier de fin d'hospitalisation (DEC), incapable de faire la différence entre un courrier jamais envoyé et un courrier envoyé avec quelques jours de retard, et qui a amené les experts visiteurs à ne pas prendre en compte leur impression « qualitative » dans la note donnée au critère. Les expertes dénoncent en chœur la mauvaise adaptation de certains critères au type d'activité de la maternité : c'est notamment le cas de l'indicateur évaluant la traçabilité des escarres¹, sanctionnant par un résultat très mauvais (1%) l'absence d'une grille de traçabilité à l'intérieur de la clinique, alors que la durée moyenne de séjour y est de trois jours et demi. En un mot, les expertes de l'établissement regrettent le sacrifice de l'analyse professionnelle qualitative au profit d'une approche plus gestionnaire de mise en auditabilité et en comparaison des établissements. Pourtant, elles reconnaissent également des aspects positifs à ces IQ « imposés », qu'elles jugent utiles pour faire évoluer pratiques des professionnels.

« C'est très bien qu'on nous impose des indicateurs. Je ne veux pas dire que ce n'est pas bien, hein ! [...] C'est bien, ça fait avancer. C'est un moteur. [...] Quand vous voyez le cas des dossiers patients, je pense qu'il y a eu un énorme progrès depuis 2002, où on se doit d'avoir tant d'éléments dans le dossier. C'est beaucoup plus respecté... Mais il ne faut pas exagérer. » (Directrice des soins infirmiers, entretien MO-4)

Ces experts qualité s'attachent à faire une certaine place aux IQ d'Etat dans leurs deux établissements, à travers des stratégies de découplage non exclusives d'usages managériaux émergents de la mesure.

¹ Les escarres sont des plaies contractées suite à une compression des tissus, bien souvent liées à une perte de mobilité et à une dénutrition. Elles risquent davantage de se manifester dans les établissements impliquant de longs séjours pour des patients alités que dans des cliniques où la durée de séjour est faible.

Des stratégies de découplage entre IQ d'Etat et démarches qualité locales

Les experts de la Clinique Mont d'Or et du CH du Terroir ont d'abord considéré que leur rôle était de fabriquer la conformité de leurs établissements par rapport à ces indicateurs exogènes, en parallèle de leur travail sur les autres dimensions de la qualité, sans intégrer profondément ces deux aspects de leurs activités. Ils ont adopté une stratégie de « découplage » au sens de M. Power : « *the audit process is decoupled or compartmentalized in such a way that it is remote from the very organizational processes which give its point* » (Power, 1997, p. 95). Avec M. Sauder et W. Espeland (2009, p. 79), on peut estimer que ce découplage constitue une stratégie prudente et évolutive d'implantation des indicateurs de la part d'experts à la légitimité encore faible, et qui ont du mal à « vendre » ces indicateurs réputés bureaucratiques à leurs collègues soignants déjà réticents à s'investir dans les démarches qualité. Ce souci est omniprésent dans le travail de ces experts marqués par une forte appartenance professionnelle. Il est tout particulièrement bien révélé par le médecin hygiéniste du Terroir, lorsqu'il fait part des problèmes qu'il rencontre dès qu'il essaye de confronter ses collègues aux indicateurs, par exemple lors d'une réunion de la commission médicale d'établissement (CME).

« Le médecin hygiéniste dispose d'un quart d'heure. Son défi est double : il doit d'une part présenter l'objet et le contenu de ces indicateurs, et d'autre part sensibiliser les médecins concernés, de manière à ce qu'ils aient envie d'agir sur les résultats insuffisants. [...] Il a préparé une douzaine de diapositives. Sur chacune apparaît l'intitulé complet de l'indicateur, le nombre de dossier utilisés pour la saisie, et le score obtenu (indice ou pourcentage selon l'indicateur). Lorsqu'ils sont disponibles, il a inclus les diagrammes en radar qui permettent de saisir visuellement les points forts, et les points à travailler. [...] Le [médecin hygiéniste] fait part de son désarroi : il ne sait pas trop comment s'y prendre pour sensibiliser les médecins. Il considère que sa marge de manœuvre est réduite. S'il s'attarde sur ce qui marche, cela n'encourage pas le changement des pratiques, mais s'il s'attarde sur ce qui ne va pas, il redoute de braquer certains médecins déjà réfractaires à ce type de démarches. » (Notes prises suite à une discussion informelle avec le médecin hygiéniste, T-32)

Dans ces conditions, les experts des deux établissements ont bien saisi l'un des « avantages » du découplage mis en évidence par J.-W. Meyer et B. Rowan (1977, p. 357) : en limitant une intégration trop poussée, on évite aussi les conflits qui pourraient émerger. Les experts ont ainsi cherché à « dissocier » ou à « compartimenter » l'injonction extérieure par rapport aux pratiques locales, en construisant une place largement « à part » aux indicateurs d'Etat dans leurs établissements. Le CH du Terroir est ainsi le seul établissement parmi les quatre dans lequel aucune tentative n'a encore eu lieu pour constituer un « tableau de bord » intégrant les différents indicateurs de qualité. Comme l'avoue à demi-mot la directrice en charge de la qualité au Terroir, les experts de cet établissement se sont pendant longtemps contentés de répondre aux IQ d'Etat dans une logique de conformité cérémonielle, sans arriver à en faire un usage local fort pour changer les pratiques.

« Bon, ça nous a permis de mettre la lumière sur certaines difficultés, mais de là à dire que ça nous a permis d'enclencher sur la seconde étape, qui est "comment on peut améliorer", ben je dirais que pour l'instant ça n'a pas trop trop marché... Un peu quand même... Mais voilà... » (Directrice en charge de la qualité, entretien T-2)

Mais c'est surtout au Mont d'Or que ce découplage apparaît le plus nettement. Depuis le milieu des années 2000, ces experts voient leur travail sur les IQ essentiellement comme la réponse nécessaire à une injonction administrative, permettant de fabriquer la capacité de la clinique à être évaluée de l'extérieur, sans nécessairement faire un usage poussé des indicateurs. Pour accomplir cette mission délicate, les experts qualité n'ont pas trouvé de meilleure solution qu'un travail d'amorti : les indicateurs sont très largement « confinés » au niveau de la cellule qualité. Les experts « se débrouillent » comme elles peuvent pour prendre en charge la majeure part du travail de recueil : par exemple, en ce qui concerne les indicateurs généralisés par la HAS, ce sont pour l'essentiel la responsable qualité et son assistante qui pratiquent le recueil, avec l'aide du médecin DIM pour le tirage au sort des dossiers et l'aide occasionnelle du médecin anesthésiste réanimateur membre de la cellule qualité. Cette stratégie de « découplage » est visible dans la manière dont cellule qualité a construit le « tableau de bord » de la clinique. Depuis 2006, il réunit l'ensemble des mesures chiffrées utilisées par les différents acteurs de la clinique en un même lieu (en l'occurrence le bureau de la cadre responsable qualité). Il est divisé en deux volumineux « classeurs », qui tracent l'évolution des indicateurs depuis 2007. Le premier classeur intègre toutes les mesures utilisées en interne par les différents services administratifs. Le second classeur est consacré aux indicateurs généralisés par les institutions publiques. Le choix a ainsi été fait de séparer indicateurs « internes » et « externes ». Il ne s'agit donc pas tellement « d'intégrer » ou « d'agrèger » les informations sous la forme d'un tableau de bord utilisé dans la gestion en routine, mais surtout de tenir l'ensemble des mesures utilisées à disposition des acteurs de l'environnement institutionnel.

Ces stratégies de découplage des deux établissements sont toutefois loin d'être pures, et ne satisfont pas pleinement les experts qualité, dont le travail consiste malgré tout à faire levier sur leurs collègues pour transformer certains aspects des organisations et des pratiques.

L'émergence d'usages managériaux des IQ d'Etat

Prenant progressivement conscience de l'usage qu'ils pouvaient faire de ces IQ d'Etat pour équiper la politique qualité et pour porter certains changements dans leurs établissements, les experts qualité du Terroir et de Mont d'Or ont commencé à se les approprier. Ils utilisent opportunément les résultats ou les critères des IQ d'Etat pour équiper certains plans d'action locaux, dans une logique proche des usages managériaux mis en évidence dans les deux autres établissements, toutefois marquée par une intensité d'usage moins forte.

En premier lieu, les IQ du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales du ministère donnent lieu à des appropriations par les équipes d'hygiène des deux établissements. Au CH Terroir, les experts qualité « déclinent » par exemple l'indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques (ICSHA) à l'échelle des différents services de l'établissement, et vont jusqu'à organiser un « concours » interne pour valoriser le service adoptant les meilleures pratiques. L'indice

de consommation de SHA donne ainsi lieu à un affichage ludique sur un grand panneau dans les locaux de l’équipe opérationnelle d’hygiène : la « progression » de chaque service y est représentée par une courbe. L’équipe d’hygiène s’appuie sur l’objectif d’ICSHA pour réaliser régulièrement des « audits » dans le but de vérifier le bon usage des solutions dans les différents services.

« Je suis [les consommations] tous les trimestres, par service. Notre objectif, pour être A en ICSHA, c’est de tripler notre chiffre de 2007. Et on en est loin. Pour la journée "hygiène des mains", je leur ai tiré des tableaux, je leur ai fait un comparatif premier trimestre 2008 - premier trimestre 2009, et à certains endroits, les chiffres ont baissé. Donc j’essaye de les re-booster. » (Infirmière cadre hygiéniste, équipe opérationnelle d’hygiène, entretien T-11)

Les indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales sont régulièrement communiqués par les experts qualité, dans le but d’obtenir des changements de comportements, de sensibiliser les chirurgiens.

« A partir du moment où on a une mesure de ce qu’on fait, et qu’on l’a devant les yeux, ça interpelle ! L’idée c’est de faire comprendre aux gens qu’une infection nosocomiale ça existe, et qu’on ne fasse pas la politique de l’autruche. » (Responsable qualité, entretien T-10)

En deuxième lieu, les indicateurs évaluant la traçabilité des informations dans le dossier patient, généralisés par la HAS, sont mobilisés dans les deux établissements d’une manière très similaire. TDP est utilisé au Terroir pour structurer le travail amorcé dans le cadre de la préparation de la deuxième procédure de certification : l’objectif du groupe de travail est devenu l’amélioration du score à cet indicateur, jugé d’autant plus pertinent que son caractère national et obligatoire donne du poids. A la Clinique Mont d’Or, l’amélioration de la traçabilité des informations dans le dossier patient constitue l’un des « points noirs » de la politique qualité¹. Les acteurs de la cellule qualité réalisent des « audits » à ce sujet, qui leur permettent d’alimenter l’onglet « qualité » au sein du tableau de bord de la clinique, et qui donnent lieu à des retours auprès des différents services et de la direction. Deux audits semestriels concernent la traçabilité des informations dans le dossier patient et dans le dossier anesthésique. Ils sont cadrés par les indicateurs TDP et DAN généralisés par la HAS depuis 2008.

« On a un peu des choses à notre sauce... Enfin, à notre sauce, oui et non... Regardez, même l’audit du dossier patient que je fais tous les six mois, je me fie aux indicateurs HAS. Donc on puise dedans, dans la méthodologie, ça AIDE ! On ne va pas se creuser la tête indéfiniment alors qu’on nous propose des choses... [...] Audit et indicateurs c’est un peu lié, c’est la même logique d’évaluation... » (Directrice des soins infirmiers, entretien MO-4)

Les experts peuvent se « fier » à ces indicateurs et à leur méthodologie considérée comme solide pour construire et renforcer les démarches locales d’audit et proposer des modifications. L’analyse des audits et des résultats aux indicateurs d’Etat font ressortir les mêmes difficultés : problèmes en matière de délais d’envoi des courriers, difficultés liées à la traçabilité de l’identité des spécialistes intervenus lors des soins à la maternité, en chirurgie, ou en matière d’anesthésie. Cette convergence des résultats

¹ Ce sujet a constitué l’objet de la « réserve » de la clinique lors de son accréditation en 2002. La gestion du dossier patient fait partie des « recommandations » dont la clinique a écopé lors des certifications suivantes.

leur permet également de rédiger un courrier en commun, envoyé aux médecins concernés pour leur faire part des points problématiques et ils mobilisent le caractère « obligatoire » des indicateurs et la légitimité de la HAS pour s'imposer et pour imposer des changements dans leurs organisations.

« Ca nous aide quand même un peu. C'est un "plus". [...] En interne, c'est plus difficile de faire passer le message. Parce qu'on a l'impression qu'on fait de l'administratif, et puis qu'on CRITIQUE... [...] Donc ça bloque... "Les chiantes de la qualité"... Et quand on parle de "La Haute Autorité de santé", que c'est "national", que ça va être rendu public, et tout... Ben du coup, finalement, ça les motive plus. "Houlà, bon, d'accord"... "La fille en interne, elle nous casse un peu les pieds". [...] Si c'est la "Haute Autorité de Santé", même si elle leur casse un peu les pieds... Bon, voilà, ils reconnaissent ! » (Responsable qualité, entretien MO-6)

On retrouve ici en germe une forme de symbiose entre les IQ d'Etat et les experts qualité, moins franche et moins intense qu'à l'Hôpital Saint Pierre. A la Clinique Mont d'Or, les expertes qualité ambitionnent de développer dans les années à venir des indicateurs « médicaux » susceptibles de donner lieu à des usages plus forts et plus proches des pratiques, à raison d'un indicateur par spécialité. Elles comptent s'appuyer sur les travaux de la HAS et intégrer davantage indicateurs internes et externes. Au Terroir, les experts envisagent la mise en place d'un tableau de bord de gestion interne dans les années à venir, en lien avec le suivi de la gestion des « pôles ». Le responsable qualité a commencé à réfléchir sur ce sujet à l'occasion de certaines réunions organisées par le CCECQA et l'ARH d'Aquitaine. S'il considère qu'il est « trop tôt » pour implanter cette démarche au sein de son établissement, elle lui semble d'autant plus inexorable qu'il anticipe l'essor d'usages financiers de la qualité par les institutions publiques.

« C'est trop nouveau ici [rires]. C'est pas encore dans l'air du temps. Les indicateurs c'est un objectif "à terme". [...] On n'aura pas trop le choix, il faudra des indicateurs qui vont associer des résultats financiers avec des résultats qualité des soins ou processus... C'est ça, demain, qui va être majeur. » (Responsable qualité, entretien T-10)

Au Terroir comme à Mont d'Or, des experts qualité plus proches des logiques professionnelles ont commencé, bon an mal an, à se saisir de la mesure de la qualité. Par contraste avec les deux autres établissements, les usages qu'ils font de la mesure sont plus hésitants, moins enthousiastes, davantage marqués par des stratégies de découplage. Une dynamique est néanmoins incontestablement amorcée : les experts qualité s'organisent pour coupler ces mesures externes et obligatoires à leur travail sur la qualité. Non sans difficulté, par des tâtonnements, ces derniers s'attachent à inventer des usages pour ces nouveaux indicateurs externes. A défaut de susciter une franche adhésion, les IQ d'Etat en viennent à être mobilisés par les experts qualité dans leurs activités locales.

« La réglementation on peut dire "c'est une contrainte", on peut aussi la prendre d'une autre façon, la transformer en levier, se dire "tiens, oui, ça peut être quelque chose d'opérationnel, qui fait le lien avec le terrain" ».

Gestionnaire des risques, Hôpital Saint Pierre, entretien SP- 7

Les mécanismes par lesquels les IQ d’Etat s’implantent à l’échelle des milieux qualité sont ainsi façonnés par le profil et le positionnement organisationnel des experts locaux chargés de déployer la politique qualité. Or, c’est une forme d’appropriation managériale relativement similaire qui caractérise leur positionnement. Au-delà des singularités locales, les nouveaux gestionnaires de la qualité se sont tous faits les porteurs de la démarche à l’échelle de leur hôpital ou de leur clinique. Pour des raisons parfois différentes, avec une intensité plus ou moins forte et à travers une adhésion plus ou moins franche, ils ont tous commencé à s’approprier les dispositifs institutionnels d’évaluation qu’ils sont chargés de faire vivre localement. Ces nouveaux experts qualité s’attachent à transformer les contraintes institutionnelles en ressources, selon des logiques d’appropriation et de déclinaison locale des règles proches de celles mises en évidence dans d’autres situations (Castel et Merle, 2002; Crozier et Friedberg, 1977; Segrestin, 1997). Ces acteurs sont ainsi ceux qui ont le plus apprivoisé les IQ et se sont le plus acclimatés à leurs usages. Adhérant aux grands principes de la mesure de la qualité, ils ont pour la plupart foi dans l’utilité avérée ou potentielle de ces instruments pour améliorer la qualité. Ils se font ainsi les principaux vecteurs locaux de l’enracinement de la qualité dans leurs établissements. S’ils ont une certaine marge de manœuvre dans les utilisations qui peuvent être faites des IQ, leurs stratégies locales n’en sont pas moins déployées dans un cadre institutionnel contraignant. Loin d’être coupés du monde institutionnel dans lequel sont encastrés leurs établissements, les experts qualité sont en lien étroit non seulement avec la HAS, mais aussi avec la nébuleuse d’intermédiaires décrits dans la deuxième partie de la thèse : les chercheurs-experts et leurs projets de recherche, les fédérations hospitalières et leurs entités en charge de la qualité, les organismes régionaux de qualité (ORQ) et leurs différents outils, formations, ou démarches de *benchmarking*. Toutes les structures qui portent des usages managériaux et professionnels internes de ces IQ exercent une influence douce mais importante sur leurs activités. Le rapport étroit qui se tisse entre les experts qualité et les IQ repose ainsi sur une bonne dose d’appropriation et d’adhésion... qui se déploie toutefois sous contrainte. Il nous reste à saisir dans quelle mesure et par quels mécanismes ces IQ d’Etat parviennent à s’implanter dans le milieu soignant.

4. Le milieu soignant : des adhésions professionnelles à géométrie variable

Comment les professionnels du soin réagissent-ils à l’introduction de « l’impératif qualité » dans leurs établissements ? Comme le suggèrent certains travaux, le positionnement des professionnels face à ce type de pression institutionnelle a toutes les chances d’être plurivoque, de reposer sur une « multiplicité de stratégies et de réactions » (Bezes et al., 2011, p. 302). Cette section explore la diversité des positionnements des professionnels du soin par rapport à la dynamique qualité en général, et aux IQ d’Etat en particulier. Sans rentrer ici dans une analyse des « effets » locaux sur les activités des professionnels, qui sera l’objet du chapitre 9, la comparaison des quatre établissements permet de styliser une cartographie des adhésions professionnelles, et de mettre en évidence certains

des facteurs qui influencent les dynamiques d'engagement, de mise à distance ou d'opposition. L'enquête comparative montre qu'à travers un continuum de réactions professionnelles, les quatre établissements convergent dans une colonisation plurielle, incrémentale et inégale du milieu soignant par les IQ. La perception des indicateurs comme des ressources ou comme des contraintes varie ici moins en fonction des caractéristiques intrinsèques de chaque établissement qu'en fonction d'appartenances professionnelles et de rapports à la pratique relativement génériques. Ces facteurs jouent toutefois sous la forme de déclinaisons locales indexées aux spécificités des relations entre professionnels à l'intérieur de chacun des quatre établissements. Ce constat conduit à adopter ici une analyse transversale des cas empiriques, les développements et les exemples mobilisés permettant de rendre compte des variations locales de ces adhésions professionnelles à géométrie variable.

1) L'engagement volontaire des professionnels du « premier cercle » de la qualité

Certains professionnels du soin adhèrent fortement aux dispositifs d'évaluation de la qualité et à leurs logiques. Formant le « premier cercle » de la qualité dans leur établissement (Benamouzig et al., 2010), ces acteurs s'engagent volontairement dans les projets locaux en rapport avec la qualité, auxquels ils adhèrent avec un certain enthousiasme. Les IQ sont surtout perçus comme des ressources, dont le caractère contraignant n'est pas considéré comme trop problématique. Les professionnels de ce premier cercle s'engagent activement dans la colonisation de leurs établissements par les logiques et les instruments de l'évaluation de la qualité.

Une minorité de « croyants » qui participent activement à la démarche qualité

La constitution de milieux qualité dans les quatre établissements au cours des années 2000 a été à l'origine de la mobilisation progressive d'un certain nombre de professionnels du soin, qui se sont intéressés aux démarches de qualité de leurs établissements et aux différents instruments d'évaluation et dont le nombre croît progressivement au cours du temps.

Certaines régularités frappent dans les profils de ces professionnels à l'échelle des quatre établissements : les personnels paramédicaux (cadres de santé et infirmiers essentiellement) sont davantage investis au sein de ce premier cercle de la qualité que les praticiens de la médecine ; parmi la poignée de médecins qui adhèrent franchement à la qualité, certains segments professionnels sont davantage représentés, comme les médecins anesthésistes réanimateurs et les médecins investis dans des spécialités cancérologiques. Dans leur diversité, ces acteurs adhèrent plus franchement que leurs collègues à la démarche qualité et à ses logiques. Ils voient d'un bon œil son développement, et sont convaincus des progrès qu'elle représente pour la prise en charge des patients, pour l'amélioration des pratiques ou de l'organisation de leur établissement. L'extrait d'entretien suivant illustre bien le discours type de ces professionnels du premier cercle.

« J'aime beaucoup la qualité... [...] Je suis perfectionniste, déjà, de nature, donc j'aime les choses bien faites. Pour moi, c'est très riche, la qualité. On se remet toujours en question sur nos pratiques, on cherche toujours à faire mieux, un pansement on le fait comme ça, mais demain on aura peut-être une meilleure manière... La qualité c'est toujours à chercher à améliorer la prise en charge. » (Cadre de santé, service de chirurgie, entretien SP-21)

Ces différents acteurs entretiennent tous de bonnes relations avec les experts qualité, qu'ils aident volontiers dans leur mission. Ils constituent les lecteurs les plus assidus des informations transmises par les experts qualité sous la forme des différents supports qu'ils diffusent. Ils soulignent le plus souvent les compétences méthodologiques et les qualités relationnelles des experts, avec lesquels ils travaillent main dans la main.

« Il fallait un chef d'orchestre sur la qualité, et c'est fait par quelqu'un qui est bien, qui sait bien faire, qui sait coordonner... [...] Nous, les praticiens, on fait de la qualité par osmose. Moi, je m'osmose à eux, quoi... » (Médecin réanimateur, président du CLIN, entretien SP-10)

Evidemment, leur croyance ferme dans l'utilité de la qualité et leur engagement fort dans les démarches locales ne les empêchent pas de faire preuve de réflexivité. Ils n'adhèrent pas avec la même intensité à tous les dispositifs de la qualité, préférant ceux qui sont le plus directement liés à leur pratique, comme les évaluations de pratiques professionnelles (EPP) ou les revues de morbi-mortalité (RMM). Ils sont nombreux à regretter les limites des actions consacrées à la qualité à l'échelle de leur établissement, et les difficultés qu'ils ressentent, aux côtés des experts qualité, à faire adhérer les autres professionnels à la démarche.

Ces professionnels du premier cercle sont très actifs au sein des différents groupes de travail en lien avec les démarches de certification, et au sein des comités transversaux qui ont été créés progressivement pour déployer la qualité à l'échelle locale, animés par les experts qualité mais le plus souvent présidés par un de ces médecins du premier cercle de la qualité. Dans ce cadre, ils sont amenés à se familiariser avec les différents IQ d'Etat, dont la diversité thématique permet des mobilisations variées. Dans les quatre établissements, le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) joue un rôle majeur dans la diffusion des indicateurs du tableau de bord du ministère, notamment auprès des cadres de santé et des personnels paramédicaux, qui sont très directement concernés par les questions d'hygiène articulées à leurs pratiques.

« On a les indicateurs en hygiène, classiques, ICALIN, tout ça. [...] L'hygiène c'est quelque chose qui est entendu. On a le neurone hygiène quand on est soignant. L'hygiène fait partie de notre culture. » (Ancienne infirmière, directrice des soins infirmiers, entretien T-3)

Le comité de lutte contre la douleur (CLUD), à travers ses nombreuses enquêtes et audits, est également l'un des vecteurs privilégiés de l'engagement des personnels infirmiers dans la démarche qualité. Certains d'entre eux ont été sensibilisés à la question de la douleur par leur pratique dans certains services davantage concernés, comme les soins palliatifs, ou les services de cancérologie. Pour d'autres, comme cette infirmière dans un service de chirurgie à la Clinique Mont d'Or, c'est un vécu personnel traumatique par rapport à la douleur qui est à l'origine d'un engagement fort.

« Pour moi, le CLUD, c'est une histoire personnelle... avec des phobies de douleur qui sont incroyables et qui sont ancrées... Il y a une mémoire de la douleur, hein, le corps se rappelle... Ce n'est pas normal qu'on laisse des gamins souffrir, après, ça se répercute à vie ! Et puis ma mère est morte à 50 ans, d'un cancer qui a été très douloureux, qui n'a pas été calmé. Elle ouvrait la porte, escaladait la fenêtre en disant "je vais sauter par la fenêtre, tellement que j'ai mal"... Donc là, on a envie d'AGIR ! Maintenant, question douleur, c'est ENORME ce qui a été fait. » (IDE en service de chirurgie, référente douleur, MO-3)

Dans les quatre cas, la commission médicale d'établissements (CME) est l'occasion de présenter occasionnellement les IQ qui concernent les médecins : infections de site opératoire (ISO), tenue du dossier patient (TDP), tenue du dossier anesthésique (DAN) ou encore délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation (DEC). Selon les situations locales, ce sont des médecins du « premier cercle » ou les experts qualité qui se chargent de ces présentations. D'autres comités jouent un rôle plus secondaire, mais sont l'occasion d'engagements comparables : le comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) mobilise l'indicateur de dépistage des troubles nutritionnels (DTN), la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) du Terroir mobilise l'indicateur de consommation des antibiotiques (ICATB). Parmi tous les professionnels, les acteurs du premier cercle qui fréquentent ces comités sont aussi ceux qui sont le plus exposés aux IQ d'Etat.

La comparaison de ces engagements de professionnels permet d'identifier deux ensembles de facteurs qui concourent à la dynamique d'adhésion de certains segments plutôt que d'autres et à des usages stratégiques de la qualité.

L'adhésion de segments professionnels placés à l'avant-garde de l'évaluation

L'appartenance d'une majorité de professionnels du premier cercle de la qualité à des segments médicaux comme la cancérologie et l'anesthésie-réanimation n'est pas un hasard. Ces disciplines, fortement « protocolisées », se présentent depuis longtemps comme « avancées » en ce qui concerne la qualité (Robelet, 2002). Elles se sont saisies de manière précoce de l'évaluation pour s'affirmer face à d'autres segments médicaux concurrents, en position de force dans les organisations de soins (Castel et Robelet, 2009; Faure, 2005). L'adhésion forte de praticiens de ces disciplines aux démarches qualité des quatre établissements est influencée par plusieurs dimensions de ce rapport singulier à l'évaluation, qui marque l'exercice du jugement et des pratiques au quotidien.

En premier lieu, l'anesthésie et la réanimation entretiennent des rapports singuliers aux risques, qui ont conduit les sociétés savantes de ces deux disciplines à s'engager très tôt dans leur évaluation. Comme l'a souligné le chapitre 5, en réanimation, le taux de mortalité est un critère déterminant pour évaluer la réussite de la prise en charge de patients dont le pronostic vital est, par définition, engagé. En anesthésie, la mortalité devrait au contraire s'approcher autant que possible du « taux zéro ». La sécurité des patients constitue pour cette raison un enjeu primordial, non sans lien avec le risque médico-légal qui devient un sujet de préoccupation pour les anesthésistes.

« Dans une discipline comme la réanimation, il y a une habitude de traçabilité, de mesure continue, d’indicateurs... Donc c’est des services qui ont une espèce de démarche qualité, de procédures écrites, un petit peu tout ça... Il y a un risque vital permanent, il y a beaucoup de paramètres à surveiller. Les gens sont obligés d’appliquer des procédures. Il y a aussi le problème de permanence 24h/24. [...] Il faut que la qualité reste à peu près égale quel que soit l’intervenant. Ça suppose que ça soit écrit. [...] Ces disciplines sont un peu "en avance". C’est dans l’esprit des gens. » (Médecin réanimateur, président de CME, entretien SP-10)

Ce rapport particulier au risque a des conséquences sur la familiarité des praticiens aux pratiques d’évaluation, acquises dès leur formation, et qui font partie intégrante de leurs activités quotidiennes. En deuxième lieu, l’anesthésie réanimation implique une vision globale des patients, qui ancre la pratique professionnelle dans une vision processuelle transversale de leur prise en charge.

« Les réanimateurs sont assez actifs, parce que ce sont des spécialités où ils voient la personne dans la globalité. Je ne dis pas que les autres spécialités font mal leur travail. Mais elles ne voient qu’un organe. La réanimation voit tout, plein de problèmes en même temps, et doivent les gérer au mieux... [...] Le cardiologue, il faut que ça aille vite, la prostate ou la bronchite, il s’en fout, il s’occupe de SA coronaire. Le réanimateur, même s’il faut faire des choses en urgence, il va réfléchir plus que les autres spécialités. C’est poly-pathologique, donc on est obligé... C’est plus intellectualisé. » (Médecin anesthésiste réanimateur, entretien SP-8)

Cette approche transversale du patient en réanimation implique un recours à des dispositifs permettant d’équiper le jugement professionnel, comme les indices de gravité des patients. En anesthésie, la gestion des risques implique un recours à la traçabilité. En troisième lieu, les médecins anesthésistes réanimateurs sont familiers d’un mode d’exercice plus particulièrement *collectif*, impliquant un travail d’équipe et des enjeux importants de coordination, que cela soit autour de l’activité anesthésique au bloc opératoire ou au sein des services de réanimation.

On peut faire l’hypothèse que ces trois caractéristiques de l’exercice favorisent l’engagement dans la qualité de ces professionnels au niveau local. Ces professionnels sont familiers de ce que N. Dodier a qualifié comme « l’objectivité dans la distance » typique de la médecine des preuves, par opposition à « l’objectivité de la proximité » de la médecine clinique (Dodier, 2007). Ils sont habitués aux logiques de la quantification et de la protocolisation. Ils sont convaincus de l’utilité des pratiques de traçabilité, et soucieux de la qualité de leurs pratiques telle qu’elle ressort des différentes évaluations. De manière très similaire dans les quatre établissements, les « équipes » d’anesthésistes réanimateurs se mobilisent ensemble autour de la qualité, sous l’impulsion des plus engagés d’entre eux, qui entraînent leurs pairs et le personnel paramédical dans une démarche collective. Ces praticiens discutent entre eux de la démarche qualité, et organisent des échanges à l’intérieur de leurs services à ce sujet. C’est tout particulièrement visible au Terroir, où les cinq médecins anesthésistes réanimateurs du pôle « anesthésie et bloc opératoire¹ » ont mis en place une démarche « autonome » et collective en matière de qualité, en parallèle de leur participation active et volontaire à celle organisée

¹ Ce pôle regroupe une unité de soins continus, un service d’anesthésie/chirurgie ambulatoire, un service d’anesthésie réanimation, et le bloc opératoire. Sur les neuf « pôles » constitués dans l’établissement, il s’agit du seul qui soit véritablement intégré autour d’un projet médical et d’une mise en commun des équipes soignantes, formées pour intervenir dans l’ensemble des services.

par la cellule qualité à l'échelle de l'établissement. Fortement articulée avec les congrès proposés par les sociétés savantes en anesthésie-réanimation, leur démarche repose sur des « réunions de staff » mensuelles, réunissant toute l'équipe médicale et paramédicale, permettant d'aborder toutes les questions relatives à la qualité en réanimation et de « faire circuler » les nouvelles informations ou pratiques. Les médecins du pôle se sont appuyés sur les publications des sociétés savantes et sur les experts qualité pour mettre en place leur propre tableau de bord d'indicateurs de qualité : le pôle suit assidûment ses infections nosocomiales, et ses infections de site opératoire (ISO).

Les médecins anesthésistes font aussi partie des professionnels qui s'engagent volontiers dans les instances de gestion transversales de l'établissement, et plus spécifiquement dans les comités en lien avec la qualité qui mobilisent les IQ d'Etat. Attentifs aux enjeux transversaux de l'organisation des soins, ces médecins sont nombreux à mettre en avant un « goût » de la gestion déjà souligné par d'autres auteurs (Benamouzig et Pierru, 2011, p. 333). Aux Erables, l'un des médecins anesthésistes est ainsi à la fois membre du directoire de son établissement et président du CLUD, fortement investi dans la lutte contre la douleur. A Saint Pierre, les médecins anesthésistes réanimateurs sont très présents dans l'ensemble des comités transversaux : c'est l'un d'entre eux qui s'occupe du suivi des indicateurs du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales, en tant que président du CLIN. Ce dernier s'investit tout particulièrement dans le suivi des consommations d'antibiotiques et des infections de site opératoire, dont il s'attache à démontrer l'utilité à ses collègues praticiens. C'est un autre médecin réanimateur qui se charge d'organiser un « retour » sur les différents indicateurs en Commission médicale d'établissement (CME), dont il est le président. A la Clinique Mont d'Or, les médecins anesthésistes réanimateurs se sont organisés collectivement pour participer aux différents comités, en se « répartissant les casquettes », comme l'explique le plus investi d'entre eux, qui participe aux évaluations de pratique professionnelles et « aide » la cellule qualité depuis 2009.

Ce rapport étroit à l'évaluation confère à ces praticiens une connaissance fine de la signification des sigles des IQ et de leur construction méthodologique. Ils ont bien souvent un avis assez précis sur ces différents indicateurs, à l'image de cet anesthésiste de la Clinique Mont d'Or qui connaît le positionnement de son établissement, et hiérarchise les IQ en fonction de leur « intérêt » plus ou moins direct pour le patient.

« L'indicateur IPAQSS¹ par exemple... Je le trouve plus comme un indicateur de "sérieux" de l'établissement. Je ne suis pas sûr que ça modifie de façon significative la prise en charge des patients. Même s'il y a bien, derrière, le fait que si on a toutes les informations, on sera plus adapté à la prochaine visite d'un patient... [...] L'indicateur ICALIN, les ISO, on est déjà plus vers le bénéfice direct des patients... [...] Et il y a tout ce qui est la démarche du dossier patient de cancéro [l'indicateur RCP], là je dirais que le bénéfice est direct ». (Médecin anesthésiste réanimateur, participant à la cellule qualité, entretien MO-9)

¹ Ce médecin fait référence aux indicateurs de traçabilité généralisés par la HAS évaluant la tenue du dossier patient (TDP) et la tenue du dossier anesthésique (DAN).

Concernés au premier chef par l’indicateur de tenue du dossier anesthésique (DAN), les médecins anesthésistes participent activement à son recueil. Dans les quatre établissements, ils ont pris au sérieux les résultats de cet IQ. A Saint Pierre et au Terroir, les résultats initiaux jugés décevants ont induit des changements dans la structuration des dossiers anesthésiques. Dans le premier cas, les « fiches anesthésiques » ont été informatisées pour systématiser la traçabilité des informations. Dans le second, l’équipe du pôle a décidé de modifier la forme du dossier anesthésique, afin de le mettre en conformité avec les exigences de l’indicateur, en ajoutant notamment des « cases » permettant de « tracer » l’évaluation des risques préopératoires même quand aucun risque spécifique n’est identifié, et en améliorant le support pour faciliter le travail de traçabilité accompli par les infirmiers.

Cet engagement des médecins anesthésistes réanimateurs est très proche de celui des praticiens exerçant des activités de cancérologie, qui partagent, dans une certaine mesure, cette approche transversale et collective. Ils ont également été sensibilisés au cours des années 1990 par leurs sociétés savantes ainsi que par les réseaux de soin de cancérologie qui se sont renforcés, et dont l’action est marquante au niveau de ceux des quatre établissements de santé qui ont une activité importante dans cette discipline. A la Clinique des Erables, deux médecins oncologues occupent des places importantes au sein du réseau de cancérologie de la région. L’un de ces deux médecins s’est investi activement dans la démarche qualité, en présidant pendant cinq ans le CLIN de la clinique. Le réseau régional décline ses propres indicateurs qualité, en lien avec le « Plan Cancer » national : nombre de fiches de réunions pluridisciplinaires, taux de patients profitant d’un « dispositif d’annonce » de leur maladie, conformité aux recommandations de l’INCA, etc. Le réseau régional est un vecteur important de la qualité et de ses mesures pour ces praticiens qui adhèrent fortement à l’évaluation. A Saint Pierre, la praticienne gastro-entérologue qui est chargée de coordonner et d’organiser la cancérologie à l’échelle de l’établissement est passée au cours de sa formation par un centre de lutte contre le cancer et elle utilise les indicateurs d’Etat et les évaluations de pratiques professionnelles (EPP) pour négocier les autorisations d’activité, et pour garantir la continuité de l’activité cancérologique de l’établissement. Elle s’est notamment emparée de l’IQ consacré à la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), auquel l’établissement a eu de bons résultats, pour justifier de la coordination des médecins prenant en charge la cancérologie dans l’hôpital.

Au sein de l’hôpital privé lyonnais, on trouve également parmi les médecins du premier cercle une praticienne du service de médecine interne qui s’est récemment « convertie » à la qualité. Son adhésion fait écho à celle des anesthésistes réanimateurs : elle explique sa « sensibilité » par la vision « globale » du malade qu’implique sa spécialité ; sa participation au CLUD a été l’occasion d’entrer en contact avec l’IQ de traçabilité de la douleur (TRD), autour d’un résultat jugé très décevant.

« On avait fait une enquête complètement anonyme sur 24h où on avait détaché chaque référent douleur, pour interroger les patients, dans tous les services [...]... On avait eu des résultats où les patients étaient satisfaits de la prise en charge de la douleur à plus de 90%. Donc un excellent résultat ! Et quand il y a eu l’enquête qui a été faite avec les indicateurs

obligatoires, et que les dossiers ont été tirés au sort... Là le résultat était très mauvais puisqu'ils étaient à 27%. Donc un écart qui était absolument énorme ! » (Médecin interniste, présidente du CLUD, entretien SP-13)

Le CLUD ayant rapidement compris que les infirmiers ne traçaient l'évaluation de la douleur qu'à partir du moment où ils constataient une souffrance du patient, mais ne traçaient pas l'évaluation d'une douleur inexistante, les supports du dossier patient ont été modifiés, en ajoutant une « case » sur la fiche permettant de suivre la température et la tension des patients. Tout un plan d'action a été déployé pour modifier les pratiques des personnels infirmiers. Le rapport étroit à l'évaluation de ces différents segments médicaux est donc un premier facteur qui favorise fortement l'engagement local d'un ensemble de professionnels dans la démarche qualité.

Des usages stratégiques de la qualité et de sa mesure

La qualité et ses mesures suscitent aussi des engagements volontaires parce qu'elles peuvent être investies stratégiquement. Elles sont une véritable « ressource » (Castel et Merle, 2002) saisie et mobilisée dans le cadre de relations de pouvoir entre segments professionnels à l'échelle de la chaîne de soins (Bergeron et Castel, 2010).

Aussi et en premier lieu, l'engagement dans la qualité peut permettre à certains professionnels d'imposer des changements à d'autres, dans le cadre de relations de pouvoir locales fortement marquées par des « conflits de juridiction » (Abbott, 1988) entre groupes professionnels. L'exigence de conformité ne s'exerce pas « à sens unique » (Crozier, 1963, p. 227) et n'est pas toujours exercée par des acteurs hiérarchiques sur leurs subordonnés. Dans les différents établissements, ce sont plutôt des acteurs professionnels en position de faiblesse qui mobilisent la qualité pour peser sur les comportements d'acteurs en position de force¹. Au niveau du premier cercle, la qualité participe ainsi à un phénomène plus vaste de « redéfinition des hiérarchies » entre segments professionnels (Bezes et al., 2011, p. 309). L'engagement massif des personnels paramédicaux dans la démarche qualité trouve là un puissant ressort, et ce dans les quatre établissements. La meilleure illustration de ce phénomène réside dans la participation très active des cadres, des infirmières et de certains secrétaires médicaux du Centre Hospitalier du Terroir au groupe de travail d'amélioration du dossier patient. Confrontés à des « glissements de tâches » des médecins vers les paramédicaux qui s'apparentent à une délégation du « sale boulot » (Hughes, 1962)², la participation au projet qualité permet à ces acteurs de s'appuyer

¹ Dans son étude de l'implantation du nouveau management public à l'hôpital, N. Belorgey (2010), a pointé les prises de position d'« *established* résistants aux réformes » et d'« *outsiders* plus exposés à elles » (p. 235) en analysant les parcours biographiques des acteurs sociaux et leur quête de progression dans l'espace social. L'enquête comparative dans les quatre établissements révèle que ce type de positionnement peut aussi s'expliquer par la position organisationnelle des acteurs.

² Par exemple lorsqu'il s'agit de tracer les prescriptions médicales orales de médecins réticents au travail administratif, en contradiction parfois avec les obligations légales, ce qui ne manque pas de soulever des enjeux de responsabilité légale en cas d'erreur de prescription.

sur la légitimité de l’obligation externe et de ses conséquences pour renforcer leur position traditionnellement défavorable face à des médecins qui n’ont pas souhaité participer à la démarche.

« La volonté première c’est d’améliorer les choses sur le terrain. Mais à un moment donné il faut aussi que les médecins rentrent dans cette démarche-là. [...] Comme ça passe par le groupe qualité, à un moment donné il va bien falloir qu’ils adhèrent ! » (IDE faisant fonction de cadre, équipe de nuit, entretien T-19)

Les mauvais scores à l’IQ de tenue du dossier patient sont mobilisés pour contraindre les médecins à respecter leurs obligations en matière de traçabilité. Comme l’exprime bien cette secrétaire médicale participant au groupe de travail du dossier patient, l’obligation peut se transformer en levier pour les paramédicaux qui cherchent à changer le comportement des médecins.

« Maintenant, avec la certification, les récalcitrants voient bien qu’il faut s’y mettre. Moi j’ai travaillé avec un chirurgien, tout ce qui était papier, il ne voulait pas en entendre parler... A force de lui montrer l’intérêt et de lui dire qu’on nous demandait que ça soit fait dans les règles... Il a fini par s’y mettre ! » (Secrétaire médicale, entretien T-28)

Le même type d’usage stratégique est visible dans la manière dont les pharmaciens des Erables et du Terroir s’emparent des contraintes du contrat du bon usage des médicaments (CBU) et de l’indice de bon usage des antibiotiques (ICATB) pour renforcer leur contrôle sur les prescriptions médicales, dans le cadre de relations souvent tendues avec les médecins. Dans les quatre établissements, la contrainte institutionnelle est perçue positivement et acceptée dès lors qu’elle prétend mettre les différents acteurs locaux sur un pied d’égalité, indépendamment des pesantes hiérarchies professionnelles.

« Heureusement qu’il y a eu les certifications ! Parce que ça a permis de mettre tout le monde au même niveau. Tout le monde a des contraintes. On est dans un système de traçabilité au niveau des infirmiers... [...]. Chose que je n’ai pas retrouvée en chirurgie... Ca permet effectivement de remettre à plat pas mal de choses. C’est pas parce que tu es chirurgien que tu ne dois pas te former, rendre de comptes ! » (Responsable biomédical, ancien infirmier anesthésique de bloc opératoire, entretien MO-17)

En second lieu, la participation aux démarches de qualité se révèle séduisante par les gratifications d’ordre symbolique ou matériel qu’elle représente pour ces professionnels du premier cercle. La participation aux démarches qualité leur permet de « progresser », de se « former », de développer une « expertise » dans un domaine lié à l’activité professionnelle mais ne se réduisant pas à la pratique quotidienne. Ils soulignent presque tous l’attrait que présente à leurs yeux la transversalité de la démarche qualité, qui leur permet de « voir autre chose », de « changer du quotidien », de participer à des réunions souvent décrites comme « conviviales ».

« [La présidence du CLIN] c’était une manière pour moi d’avoir une activité transversale, de sortir du fond de mon laboratoire et d’avoir des contacts différents avec mes collègues. » (Médecin biologiste au laboratoire, président du CLIN, entretien T-14)

Ils sont aussi convaincus d’être les précurseurs d’une démarche foncièrement positive. La participation à la démarche qualité constitue ainsi une forme de distinction sociale pour ces professionnels, qui font de l’engagement dans la qualité un critère de professionnalisme et de modernité.

« Ce que j'aime bien aussi dans toutes ces réunions, c'est que ça permet de voir qu'on travaille bien... C'est valorisant et ça nous conforte dans cette idée là qu'on travaille bien. » (Cadre de la maternité, entretien MO-12)

Ce jeu de distinction autour de la qualité est très présent dans les discours tenus lors des différents entretiens. Il est bien perceptible dans la manière dont les personnels paramédicaux infantilisent dans leurs propos les médecins désignés comme « récalcitrants », qui « écrivent comme des cochons », et qu'il faut « prendre par la main ». Le jugement moral porté par ces professionnels du premier cercle est également bien visible dans les discours tenus par ces « croyants » dès lors qu'ils commentent l'inaction de leurs confrères plus distants ou résistants.

« Les évaluations que j'ai menées, [...] j'ai trouvé ça super intéressant, très motivant, c'était moi le moteur du truc, dans mon service. [...] La qualité, moi, j'ai le sentiment que dans un petit hôpital comme le nôtre, elle repose sur une poignée de gens [...] et c'est une espèce de locomotive qui essaye de tirer le reste... [...] On ne devient pas médecin ni chirurgien par hasard... On se rend compte qu'il n'y a pas beaucoup de chirurgiens qui font de l'évaluation. Je vais arrêter là, parce que vous enregistrez [rires]. » (Médecin réanimateur, entretien SP-8)

Au-delà de ces formes de gratification symboliques, mais plus rarement, la participation à la démarche qualité a suscité de véritables vocations et permis des progressions importantes en matière de carrière. Toutes trois infirmières de formation, la directrice qualité des Erables, la responsable qualité et la directrice des soins de Mont d'Or ont construit un parcours ascendant autour de la qualité. C'est aussi le cas de cette ancienne infirmière du Terroir, qui a évolué vers des responsabilités de « faisant fonction de cadre ».

« Les protocoles médicamenteux, thérapeutiques, radiologiques, c'est moi qui les ai écrits avec le médecin. C'est pour ça que le médecin m'a sollicitée pour être "faisant fonction de cadre". Je me suis pas mal investie au niveau du service, j'ai fait partie de pas mal de commissions : soins infirmier, commission d'hygiène, commission du médicament. [...] Quand vous maîtrisez le soin, la technique, vous voulez évoluer. » (IDE « faisant fonction de cadre », service de cardiologie-pneumologie, entretien T-22)

Pour les médecins, l'investissement dans les comités transversaux en rapport avec la qualité est aussi un moyen d'obtenir des informations sur le fonctionnement de leur établissement, et d'exercer une influence sur les décisions qui sont prises. L'un des rares chirurgiens de la Clinique Mont d'Or à être très investi dans la démarche qualité a par exemple organisé une EPP consacrée à une maladie rare de la peau sur laquelle il s'est fortement investi, au point de devenir l'un des principaux spécialistes de sa région. Cette expérience intéressante sur l'EPP le conduit à s'engager de manière croissante.

« Je trouve ça passionnant de participer à l'organisation de l'établissement, de le faire évoluer, de le faire avancer... On peut... pas forcément influencer la décision, mais au moins participer.... C'est aussi pour ça que la démarche qualité m'intéresse, parce que je me rends compte qu'on peut vraiment mieux faire... Et l'appétit vient en mangeant, c'est terrible. » (Chirurgien digestif, membre du directoire, ancien président de CME, entretien MO-11)

A la différence des experts, la fonction principale de ces professionnels du premier cercle n'est pas de s'occuper de la démarche qualité. A leur manière, ces acteurs qui adhèrent fortement sont néanmoins rétribués et récompensés pour leur participation. Les IQ d'Etat trouvent prise dans ce

premier cercle. Autour de la qualité et de sa mesure, des alliances locales se tissent entre les experts qualité et cette minorité professionnelle agissante, qui en viennent à porter ensemble la démarche d'évaluation de la qualité auprès des autres professionnels qui ne partagent pas leur enthousiasme.

2) La participation cérémonielle des professionnels du « deuxième cercle » de la qualité

Une majorité de professionnels des quatre établissements appartient cependant à ce qui peut être qualifié comme un « deuxième cercle » de la qualité, caractérisé par une participation irrégulière aux actions en lien avec la qualité, une perception ambivalente de la démarche de leur établissement. Comme dans d'autres travaux (Bachimont et al., 2006), ces professionnels affichent une familiarité limitée avec les dispositifs exogènes, qu'ils n'utilisent pas véritablement dans leurs pratiques quotidiennes. La participation de ces professionnels trouve ses ressorts dans une variété de contraintes qui pèsent sur eux. Les IQ d'Etat sont alors plutôt perçus comme des obligations nécessaires, auxquelles il faut se conformer formellement, de plus ou moins bon gré. Les IQ se couplent aux activités de ces professionnels d'une manière bien plus « lâche » (Meyer et Rowan, 1977, p. 357) que dans le cas du premier cercle.

Une majorité de professionnels agnostiques par rapport à la démarche qualité

Dans les quatre établissements, des médecins, des chirurgiens¹, des cadres et des infirmiers ont été amenés à participer à l'occasion aux différents comités en lien avec la qualité, groupes de travail de préparation à la certification, évaluation des pratiques professionnelles ou revues de morbi-mortalité, avec un enthousiasme tout relatif. D'autres professionnels ont plutôt entendu parler de toutes ces activités et observé à distance l'engagement de leurs collègues sans avoir provoqué l'occasion de s'investir personnellement. Pour la plupart de ces acteurs, la qualité et ses mesures font partie du paysage des établissements. Ils se sont accommodés de la dynamique qualité sans trop de difficulté ni de résistance. Avant d'analyser les ressorts de cette participation ambivalente, il est utile de pointer les caractéristiques saillantes de ce groupe de professionnels « agnostiques ».

Plus large que le premier, ce deuxième cercle est aussi moins marqué en termes de profils professionnels. On retrouve en son sein une grande variété de disciplines et de segments médicaux et paramédicaux, à travers des cancérologues, des cardiologues, des urgentistes, des chirurgiens, des obstétriciens, des cadres de santé et infirmiers issus d'une pluralité de services, ou encore des sages-femmes. Parmi ces professionnels, ceux qui exercent une fonction dans la gestion transversale de leur établissement (directoire, CME, responsabilité de pôle ou chefferie de service) sont particulièrement

¹ De manière révélatrice, ces chirurgiens du « deuxième cercle » appartiennent plutôt à des segments professionnels hybrides, qui entretiennent une certaine proximité avec des pratiques de diagnostic traditionnellement accomplies par des spécialités médicales plutôt que chirurgicales. C'est notamment le cas de l'urologie ou de la gastro-entérologie.

bien représentés. Ils partagent un positionnement de principe en faveur de la qualité, qui se traduit peu dans des activités ou des usages concrets. Leur adhésion s'apparente à un engagement cérémoniel (Meyer et Rowan, 1977), qui se rapproche parfois de la pétition de principe en faveur de la qualité, bien visible dans le discours de l'obstétricien qui préside la CME de la Clinique Mont d'Or. Ce praticien libéral a une familiarité toute relative avec les démarches de qualité, qu'il voit d'assez loin. Il participe au réseau régional de périnatalité et affiche un soutien de principe aux experts de la clinique, tout en laissant paraître son agacement par rapport à leurs démarches.

« La qualité ça nous a donné une manière de bosser super... [...] Après, j'avoue que je ne vais pas passer 80% de mon temps sur la qualité. La cellule donne des directives, nous on regarde ce qui est faisable ou pas faisable, parce qu'à un moment donné on a des trucs sur la qualité, sur l'hygiène, sur les usagers... Au bout d'un moment on peut plus bosser, quoi ! Je veux dire, il faudrait trois ou quatre douches avant l'intervention, des trucs qui dépassent l'entendement ! » (Chirurgien obstétricien, président du directoire, entretien MO-8)

Des discours très similaires sont tenus dans les trois autres établissements, et tout particulièrement à la Clinique des Erables, où la plupart des médecins dirigeants considèrent avoir délégué le travail sur la qualité aux « administratifs » du service qualité.

Dans les quatre cas, ce deuxième cercle a été exposé aux indicateurs d'Etat à l'occasion d'une participation à des réunions en rapport avec la qualité, ou par l'intermédiaire des experts qualité de leur établissement. Ils se sentent néanmoins peu directement concernés par ces IQ d'Etat, décrits comme très extérieurs à leur pratique, dont ils ont une perception relativement floue. Certaines cadres et infirmiers, sans avoir une connaissance précise des IQ, ont conscience de l'existence des classements d'hôpitaux dans la presse, et d'être « notés » en matière d'hygiène.

« Moi je ne suis pas spécialement en contact direct avec ces indicateurs. J'en entends parler par la commission d'hygiène, avec ICALIN, l'utilisation de la solution hydro-alcoolique, on est noté sur ça aussi. » (IDE « faisant fonction de cadre », service cardiologie-pneumologie, entretien T-22)

D'autres professionnels sont « mis au courant » par l'intermédiaire d'études, d'enquêtes ou d'audit qui ont lieu dans leurs services sous l'impulsion d'autres acteurs, ou à l'occasion de présentations en commission médicale d'établissement. Les praticiens tiennent un discours général au sujet des indicateurs qui dénote une certaine familiarité n'allant pas jusqu'à un intérêt confirmé.

« On en entend parler en CME... [...] Il y a quelqu'un qui présente, qui dit "on en est là par rapport à la moyenne nationale" [...] Bon, on oublie rapidement... Là je suis un peu détaché du truc, mais on peut les avoir, et on peut les retrouver par informatique... Mais c'est toujours pareil, sur l'informatique, aller chercher des données comme ça... [...] Le temps passé là-dedans c'est du temps pas passé à autre chose [soupir]. La qualité, plus on en parle, plus on a l'impression de moins en faire... » (Médecin urgentiste, entretien SP-12)

A l'instar de ce médecin urgentiste, pourtant bienveillant vis-à-vis des experts qualité de Saint Pierre, les professionnels du deuxième cercle tiennent souvent un discours ambivalent au sujet de la démarche qualité. Les médecins et les chirurgiens soulignent son caractère chronophage, critiquent certains aspects de la méthodologie des IQ, ou regrettent l'écart qui existe entre ce que mesurent ces

indicateurs et ce que serait la « vraie qualité » du point de vue médical, attentive essentiellement à la qualité du diagnostic et de la prise en charge du patient.

« Un patient qui rentre aux urgences, avant d'être opéré, il voit cinq médecins, seniors ou en formation. Un médecin vous dira "c'est génial, c'est de la qualité, c'est la pluri-compétence, moins de risque d'erreur, on va pouvoir vraiment affiner un diagnostic". Si vous regardez en termes de "qualité-qualité", c'est de la "non qualité". Parce qu'on perd du temps, parce qu'il y a trois fois trop de personnels, et parce qu'il y a des conversations téléphoniques qui ne sont pas tracées, qui sont orales. Les qualitatifs vont dire "c'est très mauvais"... » (Urologue, chef de service et responsable de pôle, entretien SP-18)

S'ils n'encensent pas toutes les actions et tous les instruments d'évaluation de la qualité, la plupart des professionnels du deuxième cercle considèrent néanmoins que la démarche de reddition de comptes, de transparence, et d'amélioration des pratiques professionnelles est dans l'air du temps. Les IQ d'Etat qui équipent cette démarche d'auditabilité constituent une « obligation utile », jugée contraignante mais nécessaire en dépit de ses limites.

« C'est utile... Ce n'est pas parfait, parce que quand on connaît les indicateurs, on a du grain à moudre. ICSHA, je peux vous vider les solutions par terre, ça ne veut pas dire qu'on se lave bien les mains. Mais quand même, ça permet de se positionner par rapport à un secteur, à d'autres établissements. [...] On a besoin de se mesurer. Ça ne me gêne pas. » (Cadre de bloc opératoire, entretien SP-20)

Ces professionnels plutôt en retrait, qui ne font pas véritablement usage des IQ, se montrent tout de même plus concernés par certaines thématiques plus clairement indexées à leurs pratiques quotidiennes : des chirurgiens affichent une certaine sensibilité par rapport à la mesure des infections de site opératoire (ISO) ; certains infirmiers suivent l'indicateur de traçabilité de la prise en charge de la douleur (TRD), qui leur semble plus parlant ; certaines infirmières « faisant fonction de cadres », pourtant peu familières de la culture qualité, suivent assez régulièrement les « notes » de leur service en matière de consommation des solutions hydroalcooliques (ICSHA).

Des mobilisations formelles marquées par la contrainte

La participation de ces professionnels prend moins la forme d'un engagement volontaire que d'une mobilisation formelle sous contrainte. Ils ressentent le caractère coercitif de l'évaluation avec d'avantage d'acuité.

« Je préfère avoir une participation active dans le système plutôt que de le subir. De toute manière ce sont des choses obligatoires, qui ont une finalité, donc j'y participe, bon gré mal gré. » (Cancérologue, entretien E-16)

En premier lieu, comme les directeurs d'établissement, ils s'engagent dans la qualité en lien avec des contraintes institutionnelles qui pèsent sur leurs activités. Les usages concurrentiels de la certification et des IQ dans les palmarès hospitaliers constituent une première raison pour certains professionnels plus particulièrement sensibles à l'image de leur établissement de « jouer le jeu ».

« Personne n'est dupe, et tout le monde sait que les critères qui sont utilisés sont très grossiers. Et donc, c'est un petit peu pervers... Mais on préfère paraître dans le Point avec un bon

classement plutôt qu'avec un mauvais. Les professionnels préfèrent travailler dans un établissement qui est reconnu via la presse. » (Médecin cardiologue, entretien T-15)

Le risque médico-légal constitue un deuxième levier puissant de mobilisation de ce groupe. Certains chirurgiens pourtant peu enclins à s'investir dans ces démarches se sont mobilisés dans l'objectif de faire la preuve de la qualité de leurs pratiques en cas de procès. Les propos tenus par cet obstétricien de la Clinique Mont d'Or sont typiques de cette attitude.

« Maintenant, quand vous avez un accouchement, dans le dossier il y a l'heure à laquelle on a été appelé pour voir le tracé, TOUT est noté... [...] Le gros progrès, pour nous, c'est de pouvoir se défendre en cas de procès. [...] Quand vous vous êtes dans une urgence obstétricale, vous avez intérêt de faire le compte rendu juste après, sinon on ne peut rien prouver... » (Obstétricien, président du directoire, entretien MO-8)

L'engagement de ces professionnels s'apparente ainsi davantage à une « soumission de façade » (Bezes et al., 2011, p. 310), reposant sur une forme « d'hypocrisie » (Brunsson, 2002) nourrie par la polysémie de la notion de qualité.

En second lieu, ces professionnels se mobilisent en réponse à des formes de pressions plus locales. Les experts qualité travaillent à leur enrôlement selon des modalités qui seront analysées plus précisément dans le chapitre 8, mais qui reposent sur une forme plus ou moins douce d'injonction hiérarchique dépendant beaucoup de leur légitimité vis-à-vis des différents professionnels. Au Terroir, le médecin hygiéniste est à l'origine de la participation peu enthousiaste d'un médecin gériatre et d'un cardiologue au recueil des IQ d'Etat. A Saint Pierre, le recueil est intégralement confié aux médecins par les experts qualité. A la Clinique des Erables, marquée par un contrôle plus étroit des activités en matière de qualité par le service qualité, la directrice qualité est en position de solliciter formellement les autres cadres dirigeants de l'établissement placés sous sa responsabilité, ainsi que la pharmacienne. Elle « invite » également formellement les médecins à participer aux différentes instances en matière de qualité. A la Clinique Mont d'Or, ce sont plutôt les cadres de santé des services qui sont mobilisés pour faire passer les messages de la cellule qualité auprès des personnels infirmiers et des médecins. Les relations informelles entre les cadres et la responsable qualité, elle-même cadre à mi-temps dans un service de chirurgie, favorise la circulation des informations.

Un engagement dans la démarche qualité fait également partie des attentes implicites liées à certaines fonctions de gestion transversale. Les chefs de service et les responsables de pôle considèrent bien souvent qu'il est normal de se tenir au courant de la procédure de certification et des IQ d'Etat.

« En tant que chef de service aux soins intensifs, et assez proche de la CME, il est évident que je suis au courant de ces indicateurs IPAQH. » (Médecin cardiologue, chef de l'unité cardiologique soins intensifs, entretien SP-17)

La participation de certains médecins à la commission médicale de leur établissement (CME) ou dans les instances dirigeantes de leur clinique (directoire, comité exécutif) est ainsi parfois à l'origine d'une mobilisation symbolique en matière de qualité, et d'un changement de discours. C'est très visible dans

ce témoignage du gastro-entérologue de la Clinique Mont d'Or, qui a commencé à s'intéresser à la qualité à partir du moment où il a pris la présidence de la CME de son établissement.

« La certification V2, je l'ai vue vraiment de loin [rires]. [...] Par contre, ça m'intéressait de rentrer dans les instances internes... Quand la présidente de CME a souhaité se démettre de ses fonctions, on m'a sollicité. C'est comme ça que j'ai commencé à rentrer un peu dans les instances, avec les gens de la qualité, et d'autres aussi... Et donc quatre ans de présidence de CME pour arriver jusqu'à la troisième certification. Là j'ai été plus actif, à la fois en tant que président de CME, en tant que président du comité d'éthique, de la revue de morbi-mortalité, et puis participant aussi à la sous-commission des EPP sur l'établissement.... La qualité, pour moi, ça s'est fait par la CME. (Gastro-entérologue, président de CME, entretien MO-11)

La qualité fait partie du travail associé aux instances transversales. Par conséquent, entrer dans les instances transversales, c'est accepter une partie de cette responsabilité, qui est vécue par certains professionnels comme un fardeau, et qui suscite un intérêt croissant pour d'autres. La pression des pairs peut constituer un levier assez direct d'engagement. C'est le cas dans les deux cliniques privées à actionnariat médical, où les praticiens se répartissent le travail de gestion transversal et où il est mal vu de ne pas participer à la vie collective.

« Franchement, ici, les gens participent. Plus ou moins spontanément. Parfois, il faut aller les chercher. Mais ils participent. [...] C'est vrai que celui qui systématiquement refuse tout, il passe un peu pour le mouton noir. » (Médecin oncologue, président du réseau régional de cancérologie, entretien E-15)

C'est aussi le cas à l'Hôpital Saint Pierre, comme le révèle bien la manière dont la présidente du CLUD a été sollicitée « contre sa volonté » pour s'investir dans la qualité lors de son arrivée.

« Je me suis retrouvée présidente du CLUD presque par hasard. Je n'en avais pas du tout l'intention ! Les anciens membres ont eu une réunion, j'étais nouvelle, et ils ont proposé ma candidature, et ils m'ont un peu élue contre ma volonté, puisque j'ai appris que j'ai été élue dans un couloir [rires]. "On va l'occuper, elle vient d'arriver". Moi je n'étais pas du tout volontaire, ni candidate. (Médecin interniste, présidente du CLUD, entretien SP-13)

Cette praticienne s'est investie dans la qualité pour des raisons d'abord formelles, avant de se prendre progressivement au jeu et de s'investir de plus en plus, au point de faire partie des médecins du premier cercle de la qualité de son établissement analysé précédemment.

Cependant, si tous les professionnels n'adhèrent pas au même degré aux logiques et aux outils de la qualité, ils se sont progressivement acclimatés aux IQ d'Etat. La contrainte fortement ressentie est parfois à l'origine d'une adhésion embryonnaire.

« Sur les indicateurs nationaux je n'ai pas d'état d'âme, je veux dire, bon, ils existent, ils ont été décidés, imposés, je ne suis pas dans les commissions qui réfléchissent à leurs indicateurs, donc je prends ce qu'on me dit de faire... [...] ICALIN, ça vaut ce que ça vaut, mais c'est une façon quand même d'évaluer si les gens se lavent les mains ! C'est quand même loin d'être idiot ! » (Chirurgien orthopédiste, chef de service et membre de la CME, entretien SP-11)

Ces professionnels du deuxième cercle se sont « fait une raison » : ils sont en train d'accepter, bon an, mal an, ces dispositifs externes et contraignants. Ils se les approprient beaucoup moins directement que leurs collègues du « premier cercle ».

3) L'opposition ouverte mais passive des professionnels du « dernier cercle »

Les capacités d'opposition des acteurs professionnels face à des réformes qui leur sont imposées de l'extérieur sont bien connues (Timmermans et Oh, 2010). Dans les quatre établissements, on rencontre effectivement un nombre plus restreint de professionnels du soin qui se montrent ouvertement critiques par rapport à la démarche qualité en général et par rapport aux IQ d'Etat en particulier, dont ils ne perçoivent que la dimension externe et contraignante. Ces professionnels du « dernier cercle » sont ceux qui s'opposent le plus aux actions portées localement par les experts qualité et par leurs collègues du « premier cercle ». A leur niveau, c'est un mécanisme de découplage (Dent, 2003; Power, 1997) entre les IQ d'Etat et les activités professionnelles qui l'emporte, sans pour autant susciter de mobilisation collective contre la qualité.

Distance et défiance : une variété de professionnels « incrédules »

Une certaine variété de profils professionnels compose ce groupe d'incrédules, marqué par certaines régularités transversales aux quatre établissements. Les chirurgiens sont davantage représentés que les médecins. On retrouve dans ce groupe des cadres de santé ou des infirmiers, le plus souvent en fin de carrière. La plupart de ces professionnels restent en marge des instances transversales de gestion de leur établissement. S'ils mettent systématiquement en avant un attachement au principe de la « qualité des soins », conçue dans une logique très professionnelle, ils partagent une très faible adhésion à la démarche qualité concrète de leur établissement, qu'ils ne croient pas en mesure d'améliorer les pratiques et les résultats du soin. Ils perçoivent l'évaluation de la qualité telle qu'elle est déployée essentiellement comme une contrainte administrative, une démarche managériale sans intérêt, généralisée pour de mauvaises raisons, et perverse par certains de ses aspects. Ils perçoivent peu le bénéfice qu'ils pourraient retirer de l'usage des IQ d'Etat dans leur travail. La manière dont ils s'opposent à la qualité passe par deux stratégies différentes.

La première consiste en une mise à distance, à la fois cognitive et pratique, de l'évaluation de la qualité. Ces professionnels montrent de façon ostentatoire qu'ils ne se sentent pas tellement concernés par une démarche qu'ils considèrent comme marginale par rapport au cœur de la pratique professionnelle. Ils fuient les réunions organisées au sujet de la qualité, auxquelles ils n'ont jamais le temps d'y participer en raison d'autres occupations plus urgentes. Tel chirurgien orthopédiste de la Clinique des Erables revendique lourdement « ne pas faire attention » aux indicateurs internes ou externes mobilisés par le service qualité. Tel pédiatre du CH du Terroir rencontré en fin de journée fait part de son intérêt limité pour les indicateurs.

« [Le médecin hygiéniste] essaye de nous mettre en contact avec les indicateurs [rires]. C'est pas évident. Il y en a tellement... Vous n'arrivez pas le bon jour, je suis fatiguée, je suis saturée, j'attends une autre urgence [rires]... Non les indicateurs qualité... Il y en a des tartines... Je ne sais pas. » (Médecin pédiatre, entretien T-12)

Telle infirmière expérimentée de l’Hôpital Saint Pierre minimise volontairement sa familiarité par rapport aux mesures de la qualité dont elle entend parler mais qu’elle tient volontairement à distance.

« Moi, tous ces indicateurs, ça me fait un peu râler... Je vous le dis honnêtement, moi, c’est pas ma culture. [...] [ICALIN] Non, je n’en ai même pas entendu parler ! Hein vous voyez un peu [rires]. Voilà... [...] IPAQH j’en ai déjà entendu parler mais je ne sais même pas en quoi ça consiste ! » (IDE expérimentée, service de cancérologie, entretien SP-23)

A travers ces comportements, ces professionnels sont nombreux à adopter une posture stratégique de « retrait » (Crozier, 1963, p. 244) par rapport à la dynamique locale en matière de qualité, qui correspond pour partie à une injonction institutionnelle extérieure dont ils ne reconnaissent pas la légitimité, pour partie à des usages managériaux internes auxquels ils ne participent pas et desquels ils se méfient. Cette stratégie de retrait est bien perçue par les experts qualité et les acteurs professionnels du premier cercle, qui plaisantent souvent avec une certaine amertume à ce sujet. La responsable qualité de Mont d’Or regrette par exemple l’imperméabilité des chirurgiens aux IQ.

« On fait des courriers aux médecins, on leur explique à la CME... Mais derrière c’est : "mais qu’est-ce que c’est que ça ? Les indicateurs on connaît pas". [...] Quand on parle d’indicateurs... les bouches s’ouvrent grandes comme des poissons morts : "hein, indicateur ?" » (Responsable qualité, entretien MO-5)

En second lieu, cette défiance prend la forme de comportements d’opposition ouverte. Dans chacun des établissements, les experts qualité ont identifié un petit groupe qu’ils décrivent comme des « rebelles ». Ces postures d’opposition peuvent prendre des formes plus ou moins fortes. A l’Hôpital Saint Pierre par exemple, un neurologue qui était le précédent président de la CME, critique posément le découplage entre ces IQ de traçabilité jugés coûteux, chronophages, inutiles, voir « pervers », et ce qu’il estime être la qualité des soins.

« C’est vrai que moi je suis plutôt un peu exaspéré par un certain nombre de sujets, on a l’impression que ce qui est important c’est d’écrire, ce n’est pas de faire. Je trouve ça DRAMATIQUE. Parce qu’à la limite, si on mettait une check-list où on pré-cochait toutes les croix, on serait les meilleurs dans les indices, l’IPAQH et autres. Par contre si on fait et qu’on ne coche pas, là on n’est pas bon du tout. C’est très pervers. [...] Je crois que les indicateurs qualité ne sont pas forcément un bon reflet. » (Médecin neurologue, entretien SP-15)

Si ce discours est ouvertement « critique », il est en même temps marqué par des euphémismes révélateurs de la gêne de ce médecin, qui perçoit bien la légitimité croissante de ces IQ auprès d’un certain nombre de ses collègues à Saint Pierre. Certains des chirurgiens-actionnaires de la Clinique Mont d’Or ne s’embarrassent pas de ces euphémismes. Ils n’hésitent pas à opposer une fin de non-recevoir aux courriers de la cellule qualité, en les renvoyant à leur expéditeur, qui est par ailleurs un cadre de santé paramédical, avec des commentaires désagréables. Ils dénoncent des dispositifs bureaucratiques, contraignants et inutiles, incompatibles avec leur activité. Ce type de positionnement peut être bien saisi à travers le discours marqué de ce jeune chirurgien orthopédiste spécialisé en pédiatrie.

« C’est pervers. On peut être un excellent opérateur, faire tous les papiers qui concernent le patient et avoir zéro traçabilité dans le dossier. Tout simplement parce qu’on a autre chose à

faire. Et on passe pour un mauvais élève, alors que les patients sont contents de vous, les interventions se passent bien, vous avez un bon relationnel, sauf qu'il n'y a pas les fameux indicateurs. » (Chirurgien orthopédiste, entretien MO-10)

Les ressorts de formes d'oppositions passives

Les ressorts de ces oppositions renvoient largement aux pratiques de ces professionnels. Les chirurgiens sont certes eux-aussi exposés au risque médico-légal, mais la chirurgie se caractérise par des pratiques davantage individuelles, reposant sur la réalisation d'un acte. Les chirurgiens n'entretiennent pas le même rapport à la formalisation et à la traçabilité que les médecins, et il n'est donc pas rare de les rencontrer plus souvent dans le dernier cercle que dans le premier.

« Les chirurgiens ne sont pas des gens qui parlent, ou qui écrivent sur le dossier. Ce sont des gens qui agissent en salle d'opération. Le médecin, il a toujours tendance à développer les raisonnements, à écrire sur le dossier, alors que le chirurgien, à part le compte-rendu opératoire... » (Médecin cardiologue, entretien SP-17)

Certains chirurgiens assument volontiers le fait que l'acte chirurgical s'apparente au moins autant à un « art » technique et pratique qu'à une « science » intellectualisée et formalisée. Ils soulignent que leur formation les a davantage entraînés à l'accomplissement d'un geste chirurgical de qualité qu'à une vision transversale de la prise en charge du patient, à des réflexions de nature épidémiologiques, ou encore à l'évaluation des processus de prise en charge. Par exemple, la manière dont ce chirurgien orthopédiste raisonne par rapport aux infections est diamétralement opposée à une démarche d'évaluation systématique et quantifiée telle qu'elle est mise en avant par les hygiénistes.

« On est une spécialité où on met des implants, les implants s'infectent, donc une grosse partie de la qualité c'est ce travail sur l'infection. Mais nous, dans notre pratique, ça dépend aussi de la qualité du patient. Les deux dernières infections de prothèses de hanche que j'ai eues, c'étaient des gens très abîmés par la vie. Une personne dénutrie, alcool-tabagique, c'est elle qui va avoir l'infection. C'est du bon sens. » (Chirurgien orthopédiste, entretien E-13)

S'il faut se garder d'une vision trop caricaturale de l'opposition entre chirurgiens et anesthésistes, qui renvoie à une trajectoire de compétition entre les deux disciplines (Faure, 2005) et fait l'objet de mises en scène par les différents protagonistes, l'hypothèse peut malgré tout être faite que leurs pratiques respectives les positionnent différemment à l'égard de la démarche qualité. Le fait que les chirurgiens appartenant au « deuxième cercle » de la qualité soient plus souvent issus de segments professionnels entretenant un certain rapport avec une pratique à proprement parler médicale (urologie, gastro-entérologie) étaye cette hypothèse.

Toutefois, cette position d'opposition renvoie également à la manière singulière dont est perçue la démarche qualité dans les établissements. Dans les deux cliniques privées indépendantes à but lucratif, la dénonciation de la démarche qualité par les professionnels du dernier cercle se couple à un discours très marqué par la pratique libérale, tenu par des praticiens prompts à dénoncer la « bureaucratie des tutelles », les « fourches caudines » sous lesquelles les médecins libéraux se sentent contraints de passer dans tous les aspects de leur activité. Aux yeux de ces praticiens libéraux, les IQ

d’Etat incarnent à eux-seuls cette « contrainte » pesante, cherchant à réduire leur autonomie et à contrôler toujours plus leurs pratiques sans aucune contrepartie financière. Tel chirurgien-actionnaire des Erables considère par exemple que toute heure passée « en réunion » est une heure « improductive », y compris financièrement. Le jeune chirurgien orthopédiste des Erables, pourtant très actif dans les activités scientifiques de sa spécialité pédiatrique, tient un discours très révélateur de cette préoccupation libérale par rapport aux contraintes de traçabilité liées aux IQ d’Etat.

« Est-ce que c’est normal que ce soient les mêmes personnes qui ont des responsabilités vitales dans les mains et qui bossent 14 ou 15h par jour qui doivent faire de la photocopieuse !? Il faut arrêter, quoi. Je n’ai pas fait 17 ans de formation pour passer mon temps à tirer des duplicatas de l’imprimante, aller vérifier si mon nom est marqué, et s’il y a une photocopie de l’ordonnance de sortie dans le dossier du patient ! » (Chirurgien orthopédiste, entretien MO-10)

Dans les deux hôpitaux où les médecins sont salariés, la dénonciation de la démarche qualité se couple plutôt avec des discours critiques relatifs aux réformes hospitalières et aux évolutions du travail de soin. Dans ces deux établissements marqués par des inquiétudes des salariés quant à l’avenir ou au statut de leur hôpital, les IQ d’Etat sont parfois perçus comme l’un des outils au service de « l’hôpital entreprise » (Pierru, 1999), porteurs de logiques de contrôle et de contraintes sur le travail, dans un contexte financier déjà très tendu qui a des répercussions sur les difficultés ressenties au travail. Cette conception est assez bien partagée par des cadres de santé, des infirmiers, des médecins et des chirurgiens des deux établissements. Au Terroir, la double injonction à la productivité et à la qualité paraît contradictoire à de nombreux professionnels. A l’Hôpital Saint Pierre, marqué par un déficit structurel, des plans de réduction des effectifs et un climat social très tendu, la démarche qualité est perçue par les professionnels du « dernier cercle » comme une contrainte extérieure peu prioritaire, déployée par des institutions publiques soucieuses des effets de la mise sous pression de l’hôpital.

« Il y a des suppressions de postes [...]. Les gens ont l’impression qu’on leur ajoute un truc supplémentaire, "ça redescend d’en haut, c’est encore un énarque qui a pondu ces conneries parce qu’il supprime les moyens et qu’il n’a pas envie que ça lui retombe sur la tête". C’est vécu comme ça. » (Cadre de santé, responsable du bloc opératoire, entretien SP-20)

Pour autant, dans les quatre établissements, rares sont les acteurs à tenir un discours de résistance politisé ou syndical. La critique reste confinée aux avis individuels et aux relations interpersonnelles parfois tendues avec les experts qualité. La plupart des professionnels du dernier cercle jouent la fuite et la distance individuelle plutôt que la résistance collective. Le contraste est saisissant par rapport aux mobilisations professionnelles face aux palmarès des hôpitaux à la fin des années 1990 (Pierru, 2004). Ces acteurs du dernier cercle sont d’ailleurs moins perçus par les experts qualité comme des « opposants » que comme des « médecins grincheux », des « professionnels de la vieille génération » ne menaçant pas véritablement les activités en rapport avec la qualité et leur légitimation dans l’établissement.

*« C'est là où on est croyant, et pratiquant, ou pas ! Donc moi, voilà, j'y crois !
Mais si on n'y croit pas, on ne voit que la contrainte, le contrôle. »*

Chirurgien digestif, Clinique Mont d'Or, entretien MO-11

Les IQ d'Etat ne se sont pas imposés en un jour ou dans les pratiques quotidiennes de l'ensemble des professionnels du soin. Néanmoins, à travers les adhésions professionnelles à géométrie variable qui ont été décrites, ils en viennent à coloniser progressivement le milieu soignant des quatre établissements, de plus en plus exposé à leurs usages et à leurs logiques. La colonisation opère à travers un dégradé de positionnements professionnels très semblables dans les quatre cas : une minorité de « croyants » s'engage volontairement, en s'appropriant fortement les instruments d'évaluation. Un nombre plus large de professionnels « agnostiques » participe de manière cérémonielle à la démarche, en percevant les IQ comme des contraintes inévitables auxquelles il faut se résigner. Une minorité de professionnels « incroyables » résiste à la démarche qualité et à ses IQ, perçus comme des injonctions exogènes délétères, par des stratégies de mise à distance. La dynamique de colonisation est entretenue par l'asymétrie qui existe à l'échelle locale entre les professionnels qui s'emparent de l'évaluation de la qualité et ceux qui la subissent. D'un côté, les primo-adoptants sont actifs, relativement soudés, intégrés par les comités transversaux, renforcés par leurs bonnes relations avec les experts qualité, et en phase avec les discours institutionnels. De l'autre côté, les professionnels du dernier cercle apparaissent plus passifs et divisés. La dynamique est clairement en faveur de la « minorité agissante », qui se renforce progressivement au gré de la « conversion » de professionnels du deuxième cercle découvrant un intérêt à la qualité.

Conclusion : une colonisation qui émerge entre contraintes et appropriations

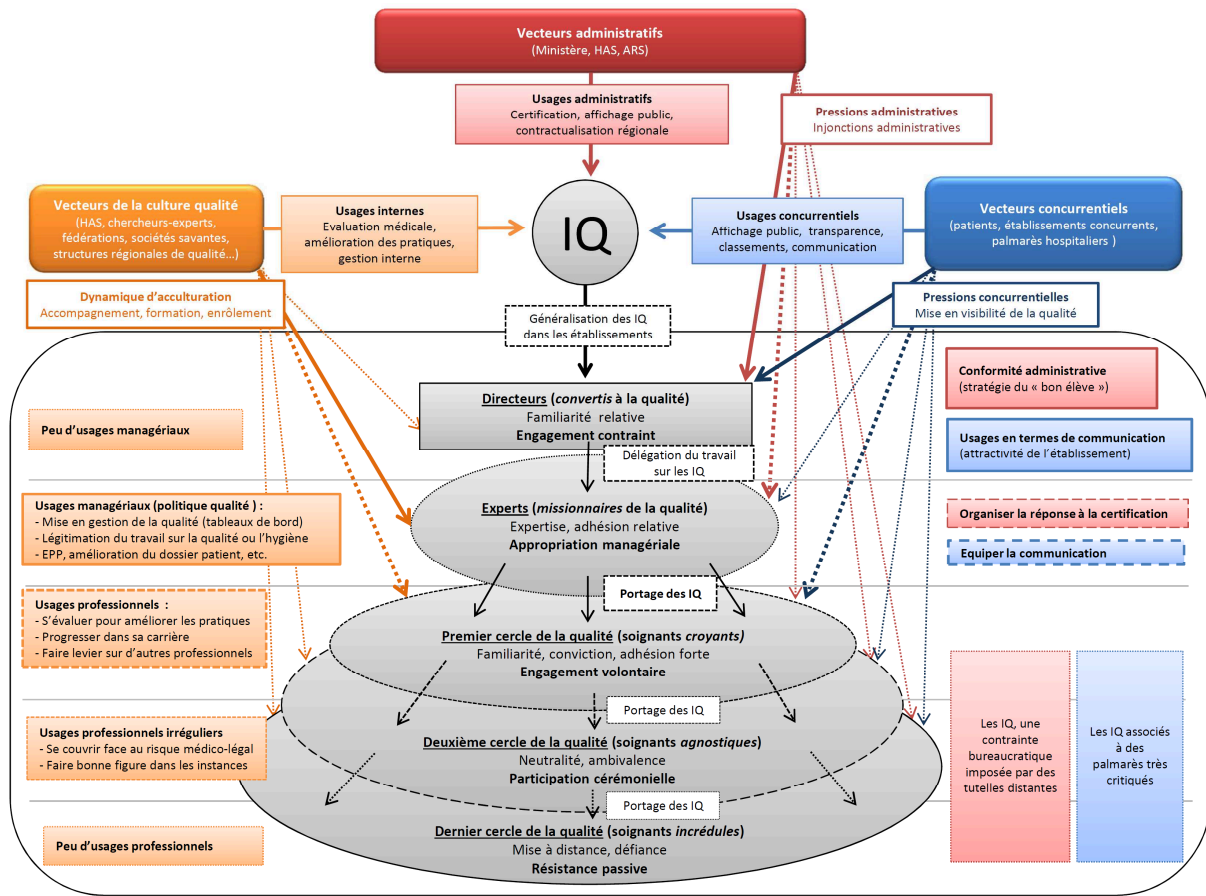
« Tous les établissements ont toujours fait de la qualité... sans le savoir. [...] Mais au fur et à mesure des années, l'ARS, la HAS, ces gens-là se sont implantés, ont mis en place des organisations, un système d'évaluation. [...] La première accréditation était assez "cool", mais il a fallu quand même travailler... La deuxième certification, c'est devenu de plus en plus obligatoire, soutenu. Et puis les indicateurs nationaux se sont mis en place. [...] Et nous, on a accroché les wagons rapidement. Et puis on a créé des postes qui n'étaient pas obligatoires, parce que les gens en transversal sont moteurs ! »

Directrice des soins infirmiers, Clinique Mont d'Or, entretien MO-4

Ces propos résument bien le processus convergent révélé par l'enquête comparative. La dynamique institutionnelle portée par les pouvoirs publics en matière de qualité est loin d'être restée parfaitement désincarnée ou découplée des activités hospitalières. Elle n'a pas non plus été diluée dans les contingences locales. Au contraire, l'évaluation de la qualité hospitalière s'est institutionnalisée de manière très similaire à l'intérieur des quatre établissements, progressivement colonisés (Power, 1997, p. 95) par les instruments d'évaluation depuis le début des années 2000.

Cette colonisation est rythmée par l'introduction progressive d'instruments exogènes portés par les institutions publiques, qui suscitent la formalisation de démarches endogènes dotées d'une certaine autonomie. Comme on pouvait s'y attendre à ce niveau d'investigation, l'enracinement local de la dynamique qualité dans les différents établissements et aux différents niveaux organisationnels est marqué par une bonne dose de nuances locales et par une certaine variété dans le rythme, l'intensité et les facteurs d'adoption. Toutefois, ces déclinaisons locales de la dynamique institutionnelle sont loin d'aboutir, comme dans le cas de la normalisation industrielle, à un renforcement de l'hétérogénéité locale (Segrestin, 1997). C'est plutôt un processus *convergent* de colonisation des établissements par l'évaluation de la qualité en général et par les IQ d'Etat en particulier qui émerge dans des cas pourtant hétérogènes. Ce processus progresse de manière incrémentale. Encore récent et inabouti, il est déjà bien amorcé : en une décennie, les directeurs se sont convertis à la qualité ; une expertise s'est progressivement formalisée, organisée et professionnalisée pour faire vivre toute une « culture » de la qualité qui est « infusée » (Selznick, 1957) à l'échelle locale ; des professionnels s'engagent progressivement dans la démarche. Les IQ d'Etat suscitent des formes variées et inégales d'engagements, de mobilisations, ou d'adhésions locales. Ils s'enracinent pas à pas dans les organisations de soin, en dépit des oppositions et des réticences qu'ils peuvent susciter. Il est dès lors possible d'émettre l'hypothèse que cette convergence établie par l'étude empirique de ces quatre cas empiriques a une validité d'ordre plus général à l'échelle du secteur hospitalier français. Ce processus générique complexe gagne à être stylisé et commenté à travers un schéma mettant en évidence la pluralité de mécanismes qui s'agencent pour produire un même effet : la colonisation des établissements (voir figure 17).

Figure 17. Schéma du processus de colonisation des établissements par les IQ d'Etat



L'existence d'un processus convergent conduit à arbitrer en faveur de la thèse de la dynamique institutionnelle contraignante plutôt que de celle de la dilution dans des jeux d'appropriation locaux. Néanmoins, la complexité du processus d'ensemble et la pluralité des mécanismes qui se conjuguent pour produire cette colonisation appellent une analyse nuancée de la manière dont injonctions et appropriations jouent de pair pour favoriser cette colonisation à l'échelle locale. Loin d'être le fruit d'un processus de diffusion univoque ou éthéré induit par la réponse à des contraintes institutionnelles, cette colonisation est plurivoque : elle prend la forme d'une mécanique organisationnelle complexe, composée d'une multiplicité de mécanismes pratiques, indexés aux relations locales et aux relations avec l'environnement. Comme dans le cas de certains protocoles médicaux, ce processus de colonisation dépend du « travail distribué d'une multitude d'acteurs hétérogènes » (Timmermans et Berg, 1997, p. 273). Loin d'opérer de manière linéaire, la colonisation progresse de manière différentielle, avec une intensité inégale aux différents rouages des organisations. A notre sens, si une telle colonisation peut émerger, c'est bien parce que de multiples injonctions et appropriations se conjuguent et entrent en tension, dans des proportions variables, aux différents rouages stratégiques interconnectés des établissements. Comme l'ont montré d'autres auteurs, la tension entre « coercition » et « séduction » est l'une des clés pour comprendre l'institutionnalisation locale d'instruments exogènes qui suscitent pourtant des réticences fortes (Sauder et Espeland, 2009). Ce

processus de colonisation est le fruit de « négociations » en situation (Strauss [dir.], 1992), accomplies par une multitude d’acteurs interdépendants qui sont amenés à faire une certaine place aux règles bureaucratiques exogènes dans leurs activités.

Indéniablement, ce processus de colonisation est alimenté par des pressions institutionnelles. Sans l’existence de forces transversales pesant assez lourdement, cette convergence forte serait très improbable. Les trois formes de pressions institutionnelles représentées sur ce schéma pèsent sur l’ensemble des acteurs hospitaliers : ces derniers dénoncent en chœur la « bureaucratie » de tutelles incompréhensibles, menaçantes, autoritaires et porteuses de contraintes ; ils redoutent également l’essor d’une forme accrue de concurrence entre établissements dans un contexte de pressions budgétaires, concurrence incarnée par des palmarès critiqués mais néanmoins prégnants ; la troisième forme de contrainte, plus douce, prend la forme d’une acculturation aux usages et aux logiques des instruments de la qualité. Ces contraintes travaillent avec une intensité inégale les différents rouages des organisations : les pressions administratives et concurrentielles pèsent davantage sur l’engagement des fonctions de direction, alors que l’acculturation aux usages de la qualité joue surtout sur l’adhésion des experts qualité et des professionnels du « premier cercle ». Ainsi, l’incorporation des pressions institutionnelles ne se fait pas de manière spontanée ou par une forme mystérieuse de « contagion », comme le postulent sans en montrer précisément les mécanismes certains travaux mobilisant une approche de « gouvernement à distance » (Rose et Miller, 1992) ou décrivant des formes d’isomorphisme parfois désincarnées (DiMaggio et Powell, 1983). Au contraire, elle est activement médiée par les différents acteurs professionnels qui raisonnent et agissent en situation. Comme le suggèrent d’autres auteurs, « *understanding and responding to [institutional] pressures is an interactive process: which pressures matter most, which audiences take precedence, and which parts of an organization direct their response are relations to explain rather than to assume* » (Sauder et Espeland, 2009, p. 80). Comme dans le cas des *rankings*, le processus par lequel les IQ s’imposent localement montre à quel point les injonctions externes sont susceptibles d’être « absorbées », « négociées », « incarnées » de manière plurielle à l’intérieur des organisations (Sauder et Espeland, 2009, p. 63). Les forces institutionnelles pèsent ainsi « du dehors », mais aussi « de l’intérieur » des établissements, par le regard porté par les acteurs sur leur environnement, par l’anxiété de certains d’entre eux devant la surveillance dont ils pensent faire l’objet, et par leurs anticipations des usages possibles des IQ.

Mais le processus n’est pas seulement alimenté par ces réponses locales à des pressions institutionnelles. Si l’évaluation de la qualité parvient à s’enraciner de manière convergente à l’intérieur des établissements, c’est également parce qu’elle est capable de susciter une multiplicité d’appropriations locales, opérées par des mécanismes variés. Ces appropriations reposent sur une variété d’engagements volontaires, d’adhésions sincères et d’usages stratégiques caractéristiques de la manière dont les experts qualité et les professionnels du « premier cercle » s’emparent activement des

IQ d'Etat. La participation plus cérémonielle des professionnels du « deuxième cercle » alimente le processus, dans une moindre mesure. La résistance plutôt passive des acteurs du dernier cercle ne parvient pas à remettre véritablement en cause l'institutionnalisation croissante de la qualité. Pour des raisons assez diverses et à des degrés variables, un nombre croissant d'acteurs locaux s'est ainsi saisi de la qualité d'une manière qui dépasse la simple réponse à des injonctions exogènes. Parce que ces acteurs sont dotés de marges de manœuvre, de capacités stratégiques et d'une réflexivité quant à leurs activités, ils contribuent à faire vivre les instruments de la qualité à l'échelle locale d'une manière cruciale : en inventant leurs usages locaux, en se jouant de leur caractère contraignant, ou en les greffant sur les relations de pouvoir entre professionnels. Comme l'ont montré des travaux consacrés à d'autres objets (Espeland et Stevens, 1998; Segrestin, 1996), les réticences ou les critiques suscitées par les dispositifs sont finalement peu déterminantes lorsque des primo-adoptants leur trouvent un intérêt. Dès lors, leur institution locale est largement acquise. Sans l'énergie que ces acteurs ajoutent au processus depuis l'intérieur de leurs établissements, la dynamique institutionnelle autour de la qualité aurait toutes les chances de rester une coquille vide. Cette dynamique d'appropriation n'est pas indépendante du caractère contraignant du processus. Les « règles » sont bien une source de « jeu » local (Castel et Merle, 2002; Friedberg, 1993). Mais les jeux d'appropriation ne signifient pas nécessairement la dilution des contraintes : ils constituent également une condition *sine qua non* de leur enracinement à l'échelle locale¹.

Ce processus reflète la construction prudente des IQ à l'échelle institutionnelle, qui en a fait des mesures moins frustes et dotées de davantage de légitimité que celles des premiers palmarès hospitaliers. L'équivocité de leurs usages, visible dans la partie supérieure du schéma, constitue un atout essentiel pour favoriser leur enracinement multiforme. La polysémie de la notion de qualité, la plasticité cognitive et la diversité thématique des IQ nourrissent également la pluralité d'appropriations dont ils peuvent faire l'objet, permettant à leur caractère normatif de porter à l'intérieur des organisations². Si la colonisation convergente des établissements par les IQ repose sur ces différentes caractéristiques, elle n'a rien d'un résultat « mécanique » : elle est surtout le fruit d'un intense *travail* accompli localement et activement, notamment par les nouveaux experts de la qualité. Ce travail constitue l'objet du chapitre suivant.

¹ Comme l'ont souligné les auteurs qui ont étudié la vie « locale » des protocoles médicaux : « *leaving the enrolled actors some leeway or discretion is often the preferred way to ensure their cooperation* » (Timmermans et Berg, 1997, p. 291).

² En un sens, nous retrouvons ici une conclusion des chercheurs de l'équipe COMPAQH : les « usages bureaucratiques » ne sont pas exclusifs d'usages managériaux et professionnels en termes de « pilotage interne » (Bérard et al., 2009).

Chapitre 8. Les « missionnaires » de la qualité à l'hôpital

Hierarchie intermédiaire et travail local d'intégration

« C'est important de le dire, même s'il y a eu des textes et des arrêtés, dans la pratique, c'est un nouveau métier à l'hôpital. »

Gestionnaire des risques, entretien SP-7

« Les tutelles me disent "Monsieur, c'est à vous de porter les évaluations des pratiques professionnelles". Mais parfois, les tutelles, on a vraiment l'impression qu'elles n'ont pas idée de ce que c'est que d'avoir les mains dans le cambouis ».

Médecin hygiéniste, observation T-31

Comment opérer le déploiement de « l'impératif qualité » dans des contextes peu enclins à l'évaluation externe ? C'est à cette question que sont confrontés jour après jour les qualitateurs formés ou recrutés par les établissements de santé depuis le début des années 2000. Progressivement, ces experts ont dû apprendre à façonner un « nouveau métier » étroitement articulé aux injonctions institutionnelles. Ce chapitre qualifie le travail de ces « missionnaires » de la qualité, qui œuvrent concrètement à l'enracinement de l'évaluation de la qualité en territoire hostile.

Le chapitre 7 nous a déjà permis de décrire ces experts qualité dans l'hétérogénéité de leurs profils et de leurs situations locales, tout en soulignant le caractère crucial de leurs activités pour le déploiement local de la démarche qualité. Comme d'autres « nouveaux » professionnels de la gestion, ces « faiseurs de performance » (Boussard, 2008) d'un genre particulier sont « *renforcés et rétribués pour leur contribution à la mise en œuvre des changements* » (Bezes et al., 2011, p. 303). Ils se sont approprié des savoirs originaux et s'appuient sur une vaste instrumentation gestionnaire. Certains d'entre eux ont même développé une relation de symbiose avec les IQ d'Etat, devenus des véritables « totems » de leurs activités, des « indicateurs prégnants » de leur nouvelle expertise (Boussard, 2001). En plaçant l'attention sur ces vecteurs cruciaux de la qualité, il s'agit d'enquêter au cœur de la dynamique de colonisation des établissements par les IQ. Il s'agit également d'interroger la nature du processus de plus grande ampleur à l'œuvre dans le renforcement de ces curieux intermédiaires de l'action publique, dont le destin est étroitement lié à celui des instruments déployés par l'Etat.

Certains auteurs ont proposé un cadre d'interprétation susceptible d'éclairer cette dynamique, à travers la notion d'*intégration institutionnelle* du secteur sanitaire (Benamouzig et Pierru, 2011) ou, plus spécifiquement, d'*intégration bureaucratique* de l'hôpital (Benamouzig et Robelet, 2014). Par cette notion d'intégration, il s'agit de rendre compte des dynamiques professionnelles à l'échelle d'un secteur, en saisissant la manière dont elles sont recomposées par l'essor de nouvelles injonctions étatiques. Selon ces auteurs, on assiste moins à des dynamiques de « désintégration » ou de « mise en vulnérabilité » des professions qu'à une nouvelle dynamique institutionnelle « à dominante

verticale », intégrant les professionnels d'une manière différente, se traduisant notamment par « *la formation de niveaux hiérarchiques intermédiaires assumant de nouvelles fonctions de régulation, d'animation et de contrôle dans le cadre d'une "gouvernance" renouvelée, elle-même dotée d'instruments quantitatifs transversaux, qui échappent dans une large mesure au contrôle exclusif des professionnels* » (Benamouzig et Pierru, 2011, p. 329). En d'autres termes, on peut lire l'enchevêtrement des dynamiques professionnelles à l'œuvre dans le champ sanitaire comme un vaste mouvement de *renforcement* de l'intégration *institutionnelle* des acteurs professionnels au sein d'une forme bureaucratique renouvelée, déployant de nouveaux outils de contrôle et de régulation.

Si la deuxième partie de la thèse a livré quelques clés pour saisir le mode opératoire de cette intégration au niveau institutionnel, son caractère *opérationnel* à l'échelle des établissements reste quelque peu imprécis : par quelles activités et dans quelles conditions de tels « niveaux hiérarchiques intermédiaires » sont-ils susceptibles d'opérer une transformation de cette nature au plus près des activités professionnelles ? Il nous semble que l'étude des nouveaux experts qualité à l'hôpital peut rendre compte de cet aspect opérationnel : elle offre un parfait point d'observation de cette dynamique d'intégration en train de se faire à l'échelle locale. Pour construire une approche permettant de donner toute l'épaisseur qu'il mérite à ce *travail d'intégration*, il est pertinent de s'appuyer sur l'analogie qui peut être faite avec les dynamiques de long cours mises en évidence par la littérature qui s'est intéressée à l'essor de la hiérarchie dans le secteur industriel aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècles. A. Chandler (1977), dans sa célèbre étude socio-historique de grande entreprises américaines, a mis en évidence l'intégration verticale opérée par la « main visible des *managers* », ces nouveaux acteurs hiérarchiques qui émergent autour de nouveaux problèmes, en mobilisant de nouvelles formes d'expertise et de nouveaux savoirs. Discutant et amendant les conclusions de cet auteur à partir de l'étude des entreprises françaises à la même époque, P. Lefebvre (2003) a quant à lui interrogé les ressorts et les processus de la « grande transformation hiérarchique » des industries naissantes. Loin de considérer « la hiérarchie » comme un phénomène atemporel, cet auteur propose un cadre heuristique très convaincant pour saisir comment des acteurs aux profils hybrides, aux rôles d'abord incertains, se sont progressivement imposés dans des fonctions hiérarchiques au cœur des ateliers, des fabriques puis des usines où des ouvriers très autonomes ont longtemps été en position de force. Loin de décrire une évolution linéaire et sans heurs, P. Lefebvre décrit le long processus incrémental au cours duquel la viabilité de ces rôles hiérarchiques s'est construite. Il montre ainsi comment la hiérarchie intermédiaire a dû « inventer » ses activités, parfois en se substituant, parfois en se superposant à d'autres formes de coordination, afin de pouvoir transformer, progressivement mais en profondeur, les grandes organisations industrielles.

En un mot, la construction d'une hiérarchie intermédiaire est un *processus* qui pose question. La capacité des acteurs hiérarchiques à intégrer leurs organisations n'est pas un « fait naturel », mais le fruit toujours incertain du déploiement d'une variété d'activités en situation. Ce chapitre mobilise

assez librement ce cadre heuristique¹ pour observer le travail des qualitéiciens à l'hôpital. Comment ces derniers s'y prennent-ils pour donner vie à la politique qualité ? Quels sont les problèmes qu'ils rencontrent, et comment les surmontent-ils ? Comment inventent-ils ce nouveau métier ? Comment opèrent-ils ce travail d'intégration à l'hôpital ?

Plutôt que d'insister sur les nuances entre les cas, l'objectif est ici de mettre en évidence aussi clairement que possible la dynamique convergente que l'on retrouve dans les quatre cas. Les nuances locales apparaîtront ici uniquement à travers les différents exemples empiriques mobilisés, évidemment indexés à la comparaison menée avec davantage de finesse dans le chapitre précédent. Ce chapitre caractérisera d'abord la légitimation du nouveau rouage hiérarchique incarné par les qualitéiciens (1), avant d'analyser les activités par lesquelles ces nouveaux experts portent localement l'« impératif » qualité (2). Ce chapitre apportera ainsi sa réponse à la question centrale de cette troisième partie de la thèse : comment les indicateurs d'Etat affectent-ils les établissements de santé ? Nous verrons que c'est à travers un mode opératoire original, en portant « en douceur » des instruments étatiques qui les renforcent, que les qualitéiciens œuvrent à l'intégration bureaucratique de l'hôpital. En d'autres termes, les IQ participent activement à ce processus vertical plus large.

1. La légitimation d'un nouveau rouage hiérarchique à l'hôpital

Dans cette première section, nous allons voir que les quatre établissements sont marqués par la légitimation d'un nouveau rouage hiérarchique à l'hôpital, prenant son essor dans l'ombre du nouvel « impératif qualité » porté par les institutions publiques. Pas davantage « donné *a priori* » que la hiérarchie intermédiaire des grandes entreprises en un autre temps (Lefebvre, 2003), ce nouveau rouage doit être étudié comme un *problème* : il nous faut comprendre comment il « s'invente » jour après jour, en tension, au cœur des établissements. L'expertise qualité peut être caractérisée comme une nouvelle fonction hiérarchique intermédiaire (1), dont la légitimité, loin d'aller de soi, est une conquête de haute lutte (2).

1) Une nouvelle fonction hiérarchique intermédiaire

Si l'on en croit P. Lefebvre (2003, p. 155), pour être viable, un nouveau rouage hiérarchique intermédiaire doit progressivement faire la preuve de son *efficacité* pour traiter des problèmes auxquels il prétend répondre, de sa *contrôlabilité* par les échelons supérieurs qui ont autorité sur lui, et

¹ Notre étude est évidemment plus circonscrite que celle de P. Lefebvre, aussi bien en ce qui concerne l'échelle de temps que l'amplitude de l'analyse. Les grandes questions soulevées par cet auteur peuvent toutefois être aisément transposées au niveau d'analyse qui nous intéresse ici. Il ne s'agit évidemment pas d'affirmer que les qualitéiciens à l'hôpital sont en tous points semblables aux contremaîtres de l'industrie du XIX^{ème} siècle, ni que le processus saisi ici a une portée comparable.

de sa *légitimité* vis-à-vis des acteurs sur lesquels il entend à son tour exercer une autorité. C'est bien face à ces questions épineuses que sont placés ces curieux « missionnaires » de la qualité¹.

Des experts aux parcours et aux profils hybrides

De par leurs parcours et leurs profils, les experts qualité présentent la particularité d'être des acteurs *hybrides*. Plus précisément, c'est une double hybridation qui émerge de la pluralité des situations, chacune révélant une facette importante de cette nouvelle fonction hiérarchique à l'hôpital.

En premier lieu, certains de ces experts ont commencé leur parcours professionnel dans le soin, avant de s'en éloigner au profit de fonctions plus transversales et managériales, sans pour autant perdre complètement le lien avec les activités soignantes. C'est le cas notamment de la directrice qualité de la clinique des Erables, de la directrice des soins infirmiers et de la responsable qualité de la Clinique Mont d'Or, qui ont toutes trois évolué d'un poste d'infirmière pour rejoindre l'encadrement de leurs établissements afin d'évoluer dans leur carrière et de varier leurs activités. C'est également le cas du médecin hygiéniste du Centre Hospitalier du Terroir, qui s'est dirigé vers l'hygiène hospitalière pour s'éloigner d'activités de soin « pur et dur » et se rapprocher d'activités plus transversales en lien avec une approche de santé publique². Les propos de la cadre de santé responsable qualité à la Clinique Mont d'Or sont particulièrement révélateurs du caractère hybride de ces profils.

« Moi, j'aime bien, parce que les deux me conviennent parfaitement. Je pense que si j'étais que restée cadre soignant, au départ, on a plein de choses à apprendre, plein de trucs à voir et tout... Moi, là, j'en étais arrivée à un point où ça suffisait, l'envie de voir autre chose... Et au niveau de la qualité, voilà, c'est imbriqué ensemble, et moi, ça m'apporte plein de choses... [...] Ce que j'amène aussi, c'est de voir ce qui se passe dans les soins, plutôt qu'être enfermée toute la journée dans la qualité, l'administratif, les papiers. [...] Rester soignante, ça m'aide bien dans le discours auprès des médecins, du paramédical... [...] C'est plus simple quand on est dans le milieu. » (Cadre de santé et responsable qualité, entretien MO-6)

On le voit, cette double affiliation correspond non seulement à un « goût » pour les deux types d'activité, mais aussi à une première « exigence » de la fonction, qui implique de « ne pas s'enfermer » dans la qualité, comme le dit la directrice qualité des Erables, pour pouvoir « parler » les deux langages, celui des fonctions managériales transversales et celui des fonctions soignantes.

« Même si la qualité est transversale, le fait d'avoir une connaissance, le langage des médecins, des soignants et des administratifs permet de faire passer les messages. Moi c'est

¹ Cette « mission » en matière de qualité diffère considérablement des problèmes autour desquels s'est progressivement constituée la hiérarchie intermédiaire des entreprises étudiées par P. Lefebvre (2003), qui tournaient davantage autour de l'allocation du travail, de son contrôle, de sa surveillance, de son organisation dans les ateliers et les usines. Les experts qualité ont plutôt une mission d'organisation transversale des établissements et de contrôle spécifique de la dimension « qualité » du travail, qui ne constitue que l'une des facettes du travail hospitalier. Toute proportion gardée, les problèmes soulevés par la constitution de ces deux formes de hiérarchies sont malgré tout comparables.

² Le parcours du médecin hygiéniste est marqué par une déviation importante par rapport à une envie initiale de travailler avec des enfants. Après un classement insuffisant pour choisir la spécialité pédiatrique au concours d'internat, il s'est orienté vers la santé publique afin de travailler en protection maternelle infantile. Le stage qu'il y réalise s'est révélé décevant, il a finalement choisi l'hygiène pour « garder un pied dans la clinique ».

cette approche qui m'a plu en qualité, et en poste d'encadrement ou de supervision de la qualité. Donc jamais de temps plein qualité. » (Directrice qualité, entretien E-5)

Dans d'autres cas, ce même type d'hybridation passe par des trajectoires inverses, les menant d'une formation ou d'une carrière dans les fonctions managériales du secteur du conseil ou de l'industrie vers les établissements de santé. Ces acteurs ont souhaité ou ont été amenés à se rapprocher des activités de soins, et à « importer » leurs compétences managériales à l'hôpital ou dans une clinique. Leurs profils sont alors moins marqués par la dimension du « soin » que par des compétences méthodologiques et managériales. Les responsables qualité du CH du Terroir et de la Clinique des Erables, ainsi que le gestionnaire des risques à l'Hôpital Saint Pierre ont ainsi un parcours très similaire : formés à une approche industrielle de la qualité, ces acteurs ont été recrutés dans le cadre d'activités de « conseil » aux établissements de santé ou suite à un stage d'apprentissage. Nous pouvons nous attarder brièvement sur le parcours du gestionnaire des risques de Saint Pierre, typique de ce profil particulier. Après un DUT de chimie, puis une école de commerce, celui-ci a passé un DESS « qualité, sécurité, environnement », puis s'est tourné vers le conseil aux entreprises dans le secteur de l'industrie de haute technologie. Lassé de la qualité appliquée « à des produits », intéressé par le milieu soignant, il a souhaité développer des activités de conseil dans le secteur hospitalier qu'il jugeait « porteur » et propice à un « transfert » des compétences qu'il avait développées dans le secteur industriel. C'est sa volonté de trouver des débouchés en tant que prestataire qui l'a amené à contacter l'Hôpital Saint Pierre, et à accepter un poste salarié à temps plein.

« L'industrie j'avais déjà plus de 20 ans donc je commençais à avoir fait le tour... J'ai postulé à l'hôpital dans le cadre du conseil, en tant qu'éventuellement prestataire, pour construire un peu mon activité du côté milieu de la santé. Je savais qu'il y avait des choses à faire, des exigences nouvelles qui allaient émerger [...] C'était l'opportunité de connaître le milieu, d'apprendre de voir d'autres choses, de faire des transferts de compétences... [...] Avec une autre approche dans le milieu de la santé. Vous donnez mais vous apprenez aussi de l'autre côté. Moi, en tant que qualitatif, j'en avais un peu marre de faire de la qualité pour des produits... Donc je voulais faire de la qualité sur du service, et là le service c'est la prise en charge des patients... Donc, moi, c'est mon côté peut-être un peu "idéaux" : j'étais intéressé sur le niveau de la qualité humaine, le produit étant humain et la relation humaine aussi. » (Gestionnaire des risques, entretien SP-7)

Pour ce gestionnaire des risques, l'hôpital est ainsi un nouveau territoire dans lequel valoriser les compétences acquises dans le conseil, développer de nouvelles approches de la qualité qui ont, pour lui, d'autant plus de sens qu'elle est au service de la prise en charge de patients. Ces compétences méthodologiques, souvent construites à l'extérieur des établissements, font partie des attentes pour cette nouvelle fonction à l'hôpital.

En deuxième lieu, ces acteurs sont également hybrides de par leur engagement dans les activités et les logiques d'évaluation de la qualité, qu'ils embrassent en parallèle de leur engagement dans les activités de soin ou d'encadrement. Ils sont pour la plupart passés par des formations universitaires à la qualité industrielle ou plus spécifiquement à la qualité dans le champ sanitaire. Ils sont en lien étroit avec les acteurs institutionnels qui portent l'évaluation de la qualité, depuis les

réseaux régionaux jusqu'aux formations organisées par la Haute Autorité de santé, en passant par les organes « qualité » des fédérations hospitalières. Le parcours de l'attachée de direction responsable qualité à l'Hôpital Saint Pierre est typique de cette forme d'hybridation. Après des études de droit et de sciences économiques puis un DESS de gestion hospitalière privée, suivies d'un début de carrière à des postes de direction dans le secteur social, elle s'est orientée vers le secteur sanitaire en même temps qu'elle a « pris le train » de la qualité, d'abord sous la forme d'un diplôme universitaire, puis d'un investissement fort dans la démarche d'accréditation alors portée par l'ANAES. D'abord parmi les plus jeunes expert-visiteurs lors de la première accréditation, elle a cumulé dix ans d'expérience dans ce domaine, qui continue de lui prendre plusieurs semaines de travail par an.

« Je suis un peu coordonnateur, donc j'ai fait de V1, des V2 et puis des V2010 donc j'ai vu un peu toutes les itérations... [...] J'ai fait 35 visites de certification, en 10 ans [...] Quand je suis arrivée ici, j'ai dit "écoutez dans la corbeille de la mariée il y a aussi ma mission d'expert-visiteur de la HAS, que je ne veux pas abandonner". "C'est quelque chose de très porteur, c'est une ressource, on ne connaît pas trop, ça va apporter beaucoup de choses, puis par ailleurs c'est bien d'avoir quelqu'un qui a un pied dedans". » (Attachée de direction responsable qualité, entretien SP-5)

« Avoir un pied » dans la qualité telle qu'elle est déployée par les institutions publiques constitue ainsi la deuxième facette cruciale de l'expertise attendue de ces acteurs de la fonction qualité à l'hôpital.

Ce caractère hybride de l'expertise qualité est aussi visible dans la manière dont chacun des établissements a constitué son équipe qualité. Le CH du Terroir et à la Clinique des Erables ont réuni un profil plus proche du « soin » avec un profil plus proche de la « gestion »¹. A l'Hôpital Saint Pierre, on a recruté un gestionnaire des risques provenant du conseil et une responsable experte-visiteuse de longue date². A la Clinique Mont d'Or, le choix a été fait d'envoyer se former à la qualité des « soignants » devenus cadres. La clinique a par ailleurs recruté une assistante documentaire « extérieure » formée à la méthodologie qualité industrielle. Ce caractère hybride de l'expertise, largement partagé³, révèle que cette fonction se constitue à l'interstice entre plusieurs ensembles du monde hospitalier que sa mission implique de rapprocher, d'intégrer, et cela se produit sous la forme d'une hiérarchie en cours de construction, comme pour les contremaîtres étudiés par P. Lefebvre (2003, p. 35), et plus généralement les professionnels amenés à occuper des fonctions néo-managériales dans les organisations publiques, par exemple les médecins du NHS étudiés par M. Kitchener (2000). Cette hybridation permet non seulement d'intégrer à l'intérieur des établissements les acteurs du soin et les acteurs de la gestion, mais aussi de coupler les logiques institutionnelles en

¹ Pour rappel, cette expertise est composée d'un médecin hygiéniste et d'un responsable qualité (issu du conseil) au Terroir ; d'une directrice qualité (ancienne soignante devenue cadre) et d'une responsable qualité (formée à la qualité industrielle, provenant de l'industrie pharmaceutique) aux Erables.

² Notons que l'absence de profil « soignant » dans l'expertise pose des problèmes dans l'échange avec les médecins, que les acteurs de la cellule qualité tâchent de compenser par l'intégration d'un médecin dans la cellule qualité.

³ Une enquête par questionnaire réalisée à l'échelle de l'Aquitaine confirme la prédominance de ces différents types de profils hybrides dans la population d'ensemble des acteurs qui prennent en charge le travail sur la qualité dans les établissements de la région (Benamouzig et al., 2010).

matière d'évaluation aux activités hospitalières telles qu'elles se déroulent quotidiennement dans les organisations de santé.

Un nouveau rouage vertical entre direction et soignants

Le chapitre précédent a montré que la position des entités qualité dans l'organigramme varie dans les quatre établissements. Toutefois, au-delà de ces nuances, la dynamique est, partout, celle d'une formalisation et d'un renforcement de ces entités qualité. Plusieurs signes mettent en évidence le caractère vertical des activités des experts qualité, qui constituent un nouvel échelon hiérarchique entre la gestion administrative des établissements et les services soignants et leurs acteurs.

Systématiquement placés sous l'autorité des directeurs, ces acteurs ont pour mission essentielle d'obtenir une participation à la politique qualité de l'établissement, à travers les différentes dimensions de leur travail : ils « animent » les différents comités qualité (CLIN, CLUD, etc.), veillent au respect des normes de la qualité et de la gestion des risques à l'intérieur de leur établissement, et trouvent les manières d'inciter les autres acteurs à se conformer à ce qui est attendu d'eux en matière de certification, d'évaluation des pratiques professionnelles, ou de travail sur les indicateurs de qualité. Cette position hiérarchique est peu mise en avant par les experts qualité, qui préfèrent souligner le caractère consensuel et « transversal » de leurs activités. Elle se révèle pourtant par leurs fonctions « annexes » qu'ils présentent comme « complémentaires » mais qui impliquent d'authentiques fonctions de contrôle : la directrice qualité des Erables, qui est la véritable « numéro 2 » de la clinique, prend en charge la plupart des aspects de l'organisation quotidienne de l'établissement ; l'attachée de direction à Saint Pierre est en charge du suivi des plaintes des patients et des litiges ; la directrice des soins infirmiers à la Clinique Mont d'Or a autorité sur l'ensemble du personnel soignant de la clinique ; le médecin hygiéniste du Terroir a quant à lui acquis progressivement une véritable fonction de « médiateur » entre la direction et les médecins, débordant largement les seules questions d'hygiène et d'infections nosocomiales. C'est notamment lui qui a pris en charge, à la demande de la direction, les suites de l'accident tragique survenu aux urgences en 2008, lié à une erreur de prescription et ayant entraîné le décès d'une adolescente. A cette occasion, il a rencontré chacun des protagonistes, puis est parvenu à les fédérer de manière à analyser les causes de l'accident et à expliquer la situation à l'ARH d'Aquitaine.

« Je crois qu'il est très bon médiateur. Il passe bien partout. C'est un des rares médecins dans l'établissement qui est à l'écoute, qui est capable d'entendre les choses, qui est capable de les argumenter, c'est un vrai médiateur-né. [...] Sur des conflits entre médecins où la direction a fait naturellement appel à lui en disant "vous pouvez pas essayer de voir ?" et il est rentré là-dedans parce que ça lui a plu ! [...] C'était la personne évidente, ça ne pouvait être que lui ! Donc c'est arrivé comme ça, de par sa personnalité. Il n'est en conflit avec personne. Alors qu'il y a énormément de conflits. [...] Et en même temps il sait faire passer des messages pas forcément agréables à entendre pour les gens ! » (Infirmière cadre hygiéniste, entretien T-11)

Avec ces derniers propos, nous mettons le doigt sur le caractère singulier de cette position hiérarchique en train de se construire dans les établissements de santé, autour d'acteurs qui « savent faire passer des messages pas forcément agréables à entendre », mais *en douceur*, dans un langage adapté¹. Ce n'est ainsi pas un hasard si les « qualités » personnelles qui sont le plus souvent attribuées aux missionnaires de la qualité par les différents acteurs renvoient non seulement à une forme d'expertise technique mais aussi bien souvent à une forme de « diplomatie », d'« empathie » ou encore de « pédagogie » jugées absolument nécessaires à la fonction de qualiticien à l'hôpital.

« Moi ça m'intéresse la qualité, gestion des risques, indicateurs... Et puis la direction a besoin d'avoir un interlocuteur médecin qui puisse parler de la qualité, des EPP de la certification. [...] Parler des indicateurs en CME, c'est mieux perçu quand c'est un médecin qui le dit que quand c'est quelqu'un d'autre. » (Médecin hygiéniste, entretien T-8)

Cette position hiérarchique qui ne dit pas son nom se révèle parfois contre la volonté des experts qualité eux-mêmes, et en les mettant dans l'embarras. On peut par exemple la saisir à l'occasion du récit que fait l'attachée de direction de l'Hôpital Saint Pierre du « détournement » hiérarchique qui intervient suite à la réserve de la HAS concernant l'hygiène des locaux, lors de la deuxième procédure de certification. Pour lever cette réserve, la responsable qualité a initié tout un plan d'action pour réorganiser intégralement le service chargé de l'hygiène et du nettoyage, mais la direction générale a finalement opté pour une autre solution.

« J'ai fait tout ce travail pour lever la réserve, en pensant qu'on allait réorganiser le travail avec des protocoles, des contrôles, etc. Et finalement, la direction générale a pris une autre option : la sous-traitance. Donc je me suis sentie vraiment mal, parce qu'en fait le dossier que j'avais travaillé a servi à élaborer un cahier des charges. [...] Surtout que je n'avais pas travaillé dans ce sens-là ! Je me suis sentie un peu dépossédée... » (Attachée de direction responsable qualité, SP-5)

L'externalisation du travail et des 50 salariés en question n'a pas manqué de susciter d'intenses remous dans l'établissement. L'attachée de direction responsable qualité s'est ainsi retrouvée mise en « porte-à-faux » par l'usage « bien hiérarchique et vertical » de son travail sur un sujet au cœur de la qualité. Cet exemple montre bien comment l'exercice trop direct et brutal de la hiérarchie peut poser problème, et pourquoi les experts qualité lui préfèrent une forme plus douce et indirecte. Cette position hiérarchique autour de la qualité n'est revendiquée qu'à demi-mot par les experts qualité.

« Les gens ne sont pas dupes, ils se rendent bien compte que si on produit des indicateurs, c'est aussi parce qu'on est attentif à leur travail... Donc on en use parfois, du levier hiérarchique. » (Responsable qualité et attachée de direction, entretien SP-5)

Cette construction d'un nouvel échelon hiérarchique opère discrètement, de manière très progressive, mais c'est bien la construction d'une forme de contrôle hiérarchique qui s'opère graduellement : les experts qualité sont placés sous l'autorité des directeurs d'établissements, et ils

¹ Nous retrouvons ici un résultat mis en évidence par d'autres auteurs (Boyd, 1998; Sheaff et al., 2003) : les professionnels de santé chargés de porter les réformes managériales auprès de leurs pairs adoptent une forme douce et subtile d'autorité.

doivent à leur tour exercer une forme de contrôle sur les activités des soignants. Les qualitiens se superposent ou se couplent aux lignes hiérarchiques existantes (hiérarchie administrative, hiérarchie soignante, dans une moindre mesure hiérarchie médicale), qu'ils contribuent à intégrer. Cette construction de verticalité opère ainsi selon un curieux mode opératoire, impliquant également des formes de liens horizontaux entre les experts qualité et les acteurs du « premier cercle » soignant de la qualité.

Mais les experts qualité participent également à la création d'une relation verticale plus affirmée entre certains acteurs institutionnels et leurs établissements, dont le renforcement est un critère d'évaluation de l'efficacité de leur action.

Un nouveau rouage vertical entre institutions publiques et acteurs hospitaliers

Les attributs de la fonction des qualitiens sont définis en étroite articulation avec le vaste ensemble d'acteurs institutionnels qui promeuvent l'évaluation de la qualité à l'hôpital. Les liens que les experts développent avec la Haute Autorité de santé, les organismes régionaux de qualité ou les entités en charge de la qualité au sein des fédérations hospitalières sont souvent des liens de longue date, remontant à leur formation initiale ou aux diplômes universitaires en rapport avec la qualité qu'ils ont passés en parallèle de leur activité professionnelle : le médecin hygiéniste du Terroir a par exemple réalisé un stage d'internat de deux semestres au CCECQA à la fin de ses études ; à la Clinique Mont d'Or, les liens privilégiés que la responsable qualité entretient avec la CEPPRAL sont facilités par l'interconnaissance du directeur de la clinique et du président de la structure, dont un membre de la famille, lui-même médecin, exerce au Mont d'Or.

Ces acteurs institutionnels contribuent à façonner les cadres cognitifs¹ (Goffman, 1974) des experts locaux et sont très visiblement présents dans leur travail. D'abord, à travers les discours que ces experts tiennent sur les différentes « ressources » qui les équipent en méthodologie ou en information, et qui favorisent les échanges au sujet de la qualité.

« On était adhérent au CCECQA, et le fait d'avoir des formations déjà dans mon master qualité, j'ai eu [le directeur médical du CCECQA] comme intervenant, ça aide. Et après la gestion des risques je l'ai fait avec [le médecin chargé de projet gestion des risques du CCECQA]. Ça aide à faire des liens, à discuter en off... » (Directrice qualité, entretien E-5)

« L'IFROSS² est assez avant-gardiste par rapport à d'autres écoles de cadres, ils sont bien dans les clous, ils proposent beaucoup de formations, de forums... Et puis l'ANAES à l'époque formait beaucoup, et donc nous on s'est fait toutes les formations à Paris et après on avait le

¹ Selon Goffman, les « cadres » sont des structures cognitives élémentaires qui guident la perception et la représentation de la réalité. "I assume that definitions of a situation are built up in accordance with principals of organization which govern events [...] and our subjective involvement in them; frame is the word I use to refer to such of these basic elements as I am able to identify." (Goffman, 1974, p. 10-11). Les cadres cognitifs ne sont pas consciemment construits, mais adoptés inconsciemment au cours des processus de communication.

² L'Institut de formation et de recherche sur les organisations sanitaires et sociales est rattaché à l'université Lyon 3.

devoir de former les autres, de raccrocher les wagons, de mettre en place ... » (Directrice des soins infirmiers, entretien MO-4)

Cette influence est ensuite cristallisée dans les nombreux documents utilisés par les experts qualité dans leur travail au quotidien : copies écran des résultats d'indicateurs sur le site « QUALHAS », documents de benchmarking régional estampillés « CCECQA », transparents de présentation des indicateurs marqués du logo de la « CEPPrAL », affiche « la qualité, on l'affiche » de la « FEHAP », cahiers des charges des indicateurs qualité récupérés sur le site « COMPAQH », abonnement aux listes de diffusion du « BAQIMEHP » ou exemples de tableau de bord du « REQUA »... Les experts qualité s'appuient sur la nébuleuse d'acteurs décrits dans la deuxième partie de la thèse, et sur d'autres acteurs, comme le décrit bien la responsable qualité de la Clinique Mont d'Or lorsqu'elle présente les différents documents conservés dans son bureau.

« Ca, c'est mon mémoire IFROSS... Et puis on a travaillé avec la MEAH¹... C'était pas mal... "Construire ses indicateurs", par la SHAM²... Donc je suis au point, moi, dans les indicateurs.... Bon la HAS... On a aussi des formations par les boîtes d'intérim, mais plutôt sur les indicateurs d'activité... On travaille aussi avec le BAQIMEHP, pour la certification V2 on avait fait le montage et on avait travaillé avec eux, on était monté sur Paris. » (Responsable qualité, entretien MO-6)

Sur le long terme, les acteurs locaux de la qualité sont « travaillés », « équipés » et « professionnalisés » par cette nébuleuse d'acteurs qui concourent tous à porter l'évaluation de la qualité et ses dispositifs.

Ils sont cependant loin d'être passifs dans ces processus. Ils se montrent au contraire stratégiques dans les usages qu'ils peuvent faire de ces différentes institutions et de leurs ressources. Les relations qui les lient avec ces différents acteurs institutionnels diffèrent ainsi considérablement selon le rôle qu'ils leur reconnaissent. D'un côté, les tutelles administratives sont perçues comme plus contraignantes, en position clairement hiérarchique : les Agences régionales et le ministère de la Santé sont souvent perçus comme directement ou indirectement menaçants. La perception de la HAS est plus ambivalente : si cette dernière est critiquée pour son caractère « bureaucratique » et pour les contraintes qu'elle impose, tous les experts lui reconnaissent toutefois une utilité certaine.

« En haut, il y a une Haute Autorité de santé. Bon, je pense que c'est bien, heureusement qu'il y a quand même ça autrement ça serait le bazar, n'importe quel établissement ferait comme il veut... Donc oui je pense qu'il faut bien que ça soit chapeauté en effet... Après, est-ce que c'est bien ou pas bien fait, je connais pas assez... Par exemple les indicateurs, ça m'a l'air des fois assez judicieux, des fois un peu rébarbatif... Mais je pense quand même... Oui, il faut des têtes pensantes là-haut ! Quand même ! » (Responsable qualité, entretien MO-6)

Les relations que tissent les experts qualité, principalement avec les entités spécialisées des fédérations hospitalières et les organismes régionaux de qualité, sont bien différentes. Ces acteurs sont

¹ La mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers, créée en 2003, est l'une des entités qui a convergé dans l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) en 2009.

² La SHAM est une entreprise d'assurance et de conseil spécialisée dans les activités sanitaires et médico-sociales.

unanimement perçus comme des « appuis », des « aides » pour les experts qualité. Les experts des deux cliniques privées se sont par exemple beaucoup appuyés sur le BAQIMEHP, véritable « mine » d'informations.

« Pour la V2, les gens du BAQIMEHP ont sorti un guide où ils sont allés beaucoup plus loin que la HAS, ils nous donnaient tellement d'exemples super-concrets qu'en groupe d'auto-évaluation, pour la dernière certification, on travaillait avec les deux ! Celui de la HAS plus synthétique, et l'autre qui permettait de poser les bonnes questions aux bonnes personnes. [...] Ils ont des publications en ligne, un site ressource. Donc là on pioche une mine d'informations. » (Responsable qualité, entretien E-9)

Les deux établissements lyonnais soulignent l'offre de formation de la CEPPrAL et sa fonction intégratrice entre les différents experts qualité de la région, tout particulièrement à Mont d'Or.

« On a de bonnes relations avec la CEPPrAL. Pour nous c'est une aide quoi. [...] C'est bien de voir avec les autres, on se donne nos mails et on s'envoie des documents. Parce que sinon, tous seuls dans notre coin, c'est pas comme ça qu'on avance ! Et puis quand il y a quelque chose déjà mis en place qui est fait et bien, fait pourquoi réinventer un truc... » (Responsable qualité, entretien MO-6)

De leur côté, les deux établissements aquitains ne tarissent pas d'éloges au sujet du CCECQA, décrit comme un « soutien », dont les dirigeants sont personnellement connus, appréciés, et avec lesquels une relation de confiance a été tissée de longue date. Au CH du Terroir, dans le contexte de difficultés à mobiliser les médecins pour le recueil des indicateurs, l'aide apportée par l'assistante de recherche clinique du CCECQA au médecin hygiéniste a par exemple été perçue très positivement.

« Heureusement qu'elle est venue m'aider, parce que sinon je me retrouvais tout seul à faire les dossiers. Et là je ne pouvais pas sachant qu'il y avait une deadline... Donc heureusement, par les contacts avec le CCECQA, elle m'a dit, "ne t'inquiète pas, je vais venir t'aider". » (Médecin hygiéniste, entretien T-8)

C'est également au CCECQA qu'on s'en remet pour choisir un « logiciel documentaire », et c'est à l'occasion d'une réunion organisée par le CCECQA que le responsable qualité a commencé à nourrir le projet de mettre en place un tableau de bord par services, intégrant données de qualité et d'activité. A la Clinique des Erables, les deux expertes qualité participent régulièrement à des réunions, des formations, ou des groupes de travail animés par le CCECQA. Lui-même perçu comme un intermédiaire par rapport aux institutions, le comité aquitain constitue également une « caisse de résonance » pour les difficultés ressenties par les experts qualité qui ont par exemple apprécié de pouvoir « débriefer » suite à l'expérimentation des indicateurs PATH dans l'établissement, en « sachant » que le CCECQA ferait « remonter » les problèmes et la lourdeur de l'opération. A travers cette pluralité de relations avec les institutions porteuses de la culture qualité, on voit localement à l'œuvre les différents modes d'action de la nébuleuse d'intermédiaires décrite précédemment.

Loin d'intégrer passivement les logiques des dispositifs déployés, les experts se les sont appropriés avec une certaine réflexivité. En un mot, tous ces experts adhèrent aux grands principes de l'évaluation de la qualité auxquels ils sont exposés depuis leur formation qualité. Il leur paraît

« normal » et « inévitable » de « mesurer » la qualité pour l'améliorer, d'être « transparents » et de « rendre des comptes » sur la qualité sur les pratiques, et finalement d'être « contrôlés » par les institutions publiques. Si tous ne sont pas aussi à l'aise avec cet aspect de leur travail, les experts sont conscients de participer à faire descendre verticalement ces grands principes dans leurs établissements. C'est tout particulièrement visible dans les propos du gestionnaire des risques de Saint Pierre.

« Il y a vraiment des progrès à faire au sein des hôpitaux... [...] Il faut décloisonner... Et il y a des économies d'échelles à faire... Alors forcément ça coince et ça couine... [...] La santé c'est une très ancienne histoire... [...] C'est le CORPS médical. Quand vous dites ça, vous avez tout dit ! C'est en train de changer, comme ils sentent aussi qu'ils n'ont pas le choix... Bon, certains s'accrochent à leur pouvoir... [...] Parce qu'ils savent très bien que ces démarches-là, c'est pour leur enlever du pouvoir ! Ce qui est vrai d'ailleurs. Ces indicateurs c'est une volonté de nos institutions d'avoir une vision globale de ce qui se passe, ce qui est légitime. A partir du moment où c'est un peu cette relation hiérarchique... Vous avez des comptes à rendre, ça me paraît normal d'avoir des comptes à rendre ! [...] Dans la vraie vie, on est toujours le chef de quelqu'un... » (Gestionnaire des risques, entretien SP-7)

Tous, sans exception, ont néanmoins une vision tout particulièrement *prudente* de la mise en œuvre de ces grands principes. Leurs croyances sont donc, en un sens, elles-mêmes *intermédiaires* entre celles des réformateurs et celles des acteurs soignants de leurs établissements. Aussi, les experts sont favorables à la transparence comme principe, et saluent le « progrès » par rapport aux palmarès que représentent des indicateurs « fiables » validés par les institutions publiques, mais l'affichage public de ces IQ ne règle toutefois pas, à leur sens, toutes les questions : ni celle de la « triche » possible des établissements, ni celle des difficultés d'interprétation de ces indicateurs par les patients. Le responsable qualité du Terroir se prononce, littéralement, pour un usage « prudent » des IQ.

« ICALIN c'est un score de moyens, pas de résultats. Et les gens ont pris un mauvais score comme : "attention, ils sont très dangereux". Or, pour plein de raisons on peut ne pas avoir une cellule opérationnelle d'hygiène mais avoir de très bonnes pratiques. Donc il faut être très prudent par rapport à ça. Pour autant tout ce qui va être un éclairage du patient pour faire un choix réfléchi sera le bienvenu et répondra aux besoins des usagers. Mais voilà il faudra que le public soit un minimum averti et qu'on lui donne les moyens pour interpréter à bon escient ces indicateurs quoi. » (Responsable qualité, entretien T-10)

C'est la même forme de prudence que l'on retrouve dans les discours tenus sur la mise en traçabilité des pratiques et des organisations. Si tous les experts reconnaissent un intérêt à la traçabilité, tous critiquent dans le même temps les « abus » potentiels de la « traçabilité à tout va », qui servirait surtout à se « couvrir ».

« Bon, tracer, ça veut quand même dire qu'on prend aussi la peine de réfléchir... Après, beaucoup disent dans les soins qu'il ne faut pas exagérer, et qu'au bout d'un moment, à force de demander de tracer, d'évaluer... Je pense au travail paramédical, mais aussi médical, ils sont assaillis de documents... Au bout d'un moment, qu'est ce qui leur reste de temps d'écoute, d'information auprès des patients... [...] Et ça ce n'est pas bon... ça dérive réellement... Donc ça fait avancer... Mais il y a des limites. Et on les atteint en ce moment. [...] On en est à développer de la traçabilité pour ouvrir des parapluies. Comme ça tout le monde se protège. Et du coup, ben à force de se protéger, on en oublie le sens du soin. [...] Et chacun au bout d'un moment s'en rend compte ». (Directrice des soins infirmiers, entretien MO-4)

Cette approche se retrouve, enfin, dans les discours tenus par les experts au sujet d'un usage potentiel des IQ en matière de « paiement à la qualité » des établissements. Même le gestionnaire des risques de Saint Pierre, qui porte pourtant plus que d'autres experts un discours volontariste et réformateur, appelle à la « vigilance » à ce sujet.

« Les indicateurs aujourd'hui ne sont pas suffisants pour le paiement à la qualité. Ca ne nous donne pas une vision suffisante du niveau de qualité qu'on produit à l'échelle globale d'un établissement... Pour l'instant on n'y est pas... [...] Je pense qu'avoir un virage trop sec, ça peut être pervers et dangereux, on peut tomber dans l'extrême inverse... Voyez la T2A... c'est une course à l'activité mais après on peut aussi... Faire des examens, et des choses dont on n'a pas besoin et que ça apporte de l'argent... Quitte à mettre les patients en danger. Donc il faut quand même être très vigilant. » (Gestionnaire des risques, entretien SP-7)

Comment interpréter ces discours prudents et non dénués d'ambivalence ? Ils renvoient en fait à la position intermédiaire singulière de ces experts qualité, pris entre « le marteau » des institutions publiques dont ils font vivre localement les politiques, et « l'enclume » des soignants médecins et paramédicaux avec lesquels ils doivent travailler au quotidien.

« Nous, on explique où on va, mais on a besoin des gens pour travailler [...] Notre travail c'est vraiment d'impulser cette politique. » (Attachée de direction et responsable qualité, entretien SP-6)

Cette perspective « amortie » de la qualité est secrétée dans la tension, élaborée quotidiennement par des experts qui doivent produire une conception acceptable d'un côté comme de l'autre. L'hybridation de ces logiques, qui s'accompagne d'une certaine ambivalence, est une compétence stratégique pour les experts qualité.

La relation entre experts qualité et acteurs institutionnels structure cependant le travail sur la qualité et permet à ces derniers d'exercer une influence, voire une forme de contrôle, sur les établissements de santé et les professionnels qui y travaillent au quotidien. En sens inverse, et dans une moindre mesure, les experts qualité rétroagissent sur le processus institutionnel en faisant « remonter » les contraintes et difficultés du « terrain » hospitalier et soignant et les oppositions des professionnels.

« Aujourd'hui, on est dans un paradoxe entre les objectifs qualité qu'on nous demande, la réalité du financement et le temps que peuvent y consacrer les personnels... Ce que coûtent les modifications réglementaires, je ne sais pas s'ils chiffrent ce que ça va coûter aux hôpitaux... [...] Je l'ai dit à la dernière réunion régionale d'experts visiteurs, on a de plus en plus de mal à faire notre mission, parce qu'on voit que des gens et des services hyper-occupés, hypertendus budgétairement... » (Attachée de direction responsable qualité, entretien SP-5)

Les experts qualité sont ainsi le « point d'entrée » dans leur établissement des dispositifs d'évaluation de la qualité et des logiques institutionnelles qu'ils véhiculent. Mais l'incarnation locale de cette « nouvelle forme d'expertise d'Etat » (Bezes et al., 2011, p. 304) repose ainsi sur un *mode opératoire* original, qui implique d'amortir l'approche. Pour que ces experts s'imposent comme un rouage clé de l'ensemble du système d'action publique autour de la qualité, il a en effet fallu qu'ils trouvent des solutions aux tensions accompagnant l'essor de leurs activités dans les établissements, de manière à conquérir une légitimité vis-à-vis des médecins et des paramédicaux.

2) Une légitimité conquise de haute lutte

Nouveaux venus au sein des établissements de santé au cours des années 2000, les experts qualité ont dû s'imposer dans des conditions souvent hostiles, et surmonter du mieux qu'ils ont pu une méfiance initiale quasiment généralisée de la part des professionnels soignants.

Les « débuts difficiles » des experts, ou les ressorts d'une hostilité quasi-généralisée

A l'unanimité, les experts qualité décrivent les « débuts difficiles » qu'ils ont connus dans leurs nouvelles fonctions en lien avec la qualité, au cours des premières années qui ont suivi leur recrutement depuis l'extérieur ou leur changement de poste en interne. Les qualitiens ont d'abord fait « pâle figure » face à des professionnels très autonomes, méfiants et distants, voire hostiles face à la constitution de ce nouvel échelon hiérarchique qui ne dit pas son nom.

Ces difficultés ont été ressenties partout, mais avec une intensité et selon des ressorts indexés aux contextes locaux. A la Clinique des Erables, l'actuelle directrice qualité a été recrutée en 2000 et a trouvé face à elle des médecins « attentistes » vis-à-vis de la qualité, gardant leurs distances, mais relativement peu dans l'opposition frontale. Elle raconte toutefois, sous la forme d'une anecdote, ce qu'elle qualifie comme son unique « erreur de jeunesse ».

« Une seule fois, j'ai convoqué les médecins. Ils n'ont pas aimé, il faut qu'on les invite. Ça a été mon erreur de jeunesse en 2000, ma première réunion. Là effectivement, on m'a bien fait comprendre. "On ne convoque pas, on invite !" » (Directrice qualité, entretien E-5)

A la Clinique Mont d'Or, les expertes qualité, toutes deux cadres de santé de la clinique, parties se former à la qualité, ont ressenti avec davantage d'acuité l'opposition des médecins et de certains paramédicaux. L'autodérision dont elles font encore preuve en 2011 en se désignant comme « les blondes », « les chiantes de la qualité », répond en fait à une hostilité de plusieurs années.

« Je ne suis pas du tout antimédecin, mais c'est une population... Avant de voir l'utilité de ça... Il faut ou avoir beaucoup de recul, et sinon quand vous êtes dedans, vous vous dites "c'est quoi ces fardeaux, c'est quoi ces gens qui sont là à nous assaillir de critères de traçabilité, qui nous gonflent, ça nous alourdit notre travail" ? » (Directrice des soins infirmiers, entretien MO-4)

Les premiers mois, et avant le passage par un logiciel documentaire, la communication du bulletin « info-qualité » s'est d'ailleurs révélée un combat quelque peu démoralisant pour la responsable qualité de la clinique, faisant face au comportement fuyant de l'ensemble du personnel.

« A chaque fois les secrétaires me disaient "ah bon, c'est le papier que j'ai jeté ?" [...] Les médecins nous disaient qu'ils n'étaient pas au courant, donc les derniers temps, je le mettais dans leur boîte aux lettres... Le problème c'est que c'est leur secrétaire qui les relèvent, elles mettaient de côté et eux les médecins dans tous leurs papiers ils voyaient "info qualité", ils jetaient aussi... Donc ce n'était pas la peine ! » (Responsable qualité, entretien MO-6)

Même le médecin hygiéniste du Terroir, qui a pourtant suivi un cursus médical proche de ses collègues médecins, s'est vu renvoyé à son « éloignement » du soin et des problèmes spécifiquement médicaux lors de ses premières années d'exercice au Centre Hospitalier du Terroir.

« A un moment donné, l'hygiéniste, étant donné qu'il n'est pas dans le soin directement, les collègues nous perçoivent plus comme des gens très éloignés du soin, ne comprenant pas leurs difficultés, leurs problèmes, leurs contraintes. Donc ça c'est leur première approche, au départ ils ont cette sensation-là. » (Médecin hygiéniste, entretien T-8)

Ce qui est alors reproché aux experts qualité, c'est en quelque sorte d'avoir « trahi » leur orientation première de « soignants », de s'être éloignés du soin pour se rapprocher de « raisonnements bureaucratiques », comme l'exprime au détour d'une phrase le médecin cardiologue du Terroir.

« Ce sont des professionnels qui sont passés par les soins, mais qui ont peut-être un peu perdu le contact avec la base et qui se laissent un peu trop envahir par des raisonnements bureaucratiques. » (Médecin cardiologue, entretien T-15)

Mais c'est incontestablement à l'Hôpital Saint Pierre, confronté à de sévères difficultés économiques, que les débuts ont été les plus délicats pour les experts qualité. Recrutée pour s'occuper d'une démarche qualité « qui donne des boutons » à la directrice générale, selon ses propres termes, l'attachée de direction et responsable qualité a connu des moments de « grande solitude », alors que la direction des soins de l'époque se montrait « peu encline » à collaborer avec elle. Le gestionnaire des risques, recruté pourtant récemment en 2008, garde quant à lui un souvenir cuisant de sa première confrontation avec les soignants de l'établissement.

« Moi je me rappellerai toujours... La première réunion, le premier jour, il y avait l'après-midi une réunion sur la gestion des risques... J'y vais avec [l'attachée de direction responsable qualité], elle me présente... Et donc le truc d'entrée, la réflexion qui a été faite c'est en gros "embaucher encore quelqu'un au 6^{ème} alors qu'on manque de bras en bas". Donc c'était le mot d'accueil... C'est la note qui a été donnée, on va dire. [...] [Dans l'industrie], comme la démarche était plus développée, ça coulait plus de source en fait. C'était plus facile. » (Gestionnaire des risques, entretien SP-7)

Le ressort du « rejet » initial dont ont fait l'objet les experts à Saint Pierre est bien l'accusation de recruter des « bureaucrates » voire des « HAS-iens » qui ne sont « pas auprès du patient », en parallèle des plans sociaux qui visent à réduire le personnel médical et paramédical. De manière plus générale, dans les quatre établissements, les qualitiens sont perçus par certains professionnels comme un véritable « cheval de Troie » des tutelles, comme une « ruse » de la bureaucratie.

« [Les experts qualité] sont surtout là pour faire l'interface avec les tutelles. Et le côté "directif", sur un médecin, c'est difficile... Les médecins, de façon générale, on est un peu tous des individualistes forcenés quand même... Alors ils sont un peu entre l'enclume et le marteau... » (Médecin urgentiste, SP-12)

Initialement, peu nombreux étaient les acteurs à être « séduits » d'une manière ou d'une autre par la démarche qualité. Cette hostilité, souvent latente mais quasiment généralisée, est un signe fort des réticences des acteurs soignants face à l'essor d'un pouvoir hiérarchique susceptible d'être porteur de contraintes et de contrôle. Dans un premier temps, cette hostilité a compliqué considérablement la

tâche des experts : tous ont le sentiment d'avoir d'abord été cantonnés dans des activités de formalisation de la démarche, sans parvenir à enrôler véritablement les autres acteurs dans les différents dispositifs. Ces difficultés initiales ne se sont pas complètement effacées : les experts qualité ont encore bien souvent l'impression que les bénéfices de leur travail ne sont pas reconnus par leurs « collègues » ; ils en viennent parfois, de leur propre aveu, à se « demander à quoi ils servent ». Etre un missionnaire de la qualité, c'est encore parfois « prêcher dans le désert » aride des bureaucraties professionnelles (Mintzberg, 1982) traditionnellement réticentes à toute forme de contrôle externe ou administratif. Néanmoins, la situation de ces experts qualité a bien évolué au cours des années 2000. Avec le temps, ils ont appris à contourner voire à retourner, dans une certaine mesure, cette hostilité. Ils ont su conquérir une certaine légitimité.

La conquête progressive d'une légitimité

Unaniment, les experts perçoivent une progression dans la reconnaissance de leur travail par leurs collègues. Tous font état d'une évolution dans leur statut : ils ont réussi à surmonter certaines de leurs difficultés initiales pour obtenir, progressivement, « une écoute », pour dépasser l'image d'acteurs purement « contraignants » et être perçus de plus en plus comme une « aide » dans leurs contextes locaux.

« On passe une "marche". Ça oui, je le sens. Par rapport à il y a trois ans, on a progressé. Il y a eu des moments où j'étais dans le désert. Et là je sens une écoute. On discute... positivement. On se comprend mieux, d'un côté comme de l'autre. » (Médecin hygiéniste, entretien T-9)

« Il y a eu une évolution. [...] Dans la mesure où ils voient quand même le travail qui est fait... Parce que même si on les enquiquine il y a du boulot derrière ! Donc ils voient quand même ce qui est mis en place... Il y a quand même plein d'aide pour eux, il y a quand même du positif et beaucoup plus que du rébarbatif [...]. Et puis avec toutes les instances et tout... Je vois la différence par rapport à la première année... » (Responsable qualité, entretien MO-6)

Cette évolution de la légitimité des experts est également mise en avant par de nombreux autres acteurs : les soignants du « premier cercle » de la qualité et, dans une moindre mesure, ceux du « deuxième cercle », reconnaissent les « progrès » des équipes qualité, louent les « qualités » des experts. Certains racontent leur « conversion » à la qualité sous leur influence. De manière révélatrice, les directeurs d'établissement, pourtant peu enthousiastes face aux contraintes bureaucratiques, reconnaissent l'utilité de ces experts.

« Cette cellule qualité, c'est une chose intéressante. Pour moi, c'est en 20 ans de pratique hospitalière le premier socle cohérent. Il y a un contenu. » (Directeur, entretien T-1)

Cette légitimation des experts locaux est largement le résultat de l'institutionnalisation plus générale de la « politique qualité » au niveau national et régional : dans les quatre établissements, les experts ont pu s'appuyer sur les évolutions des obligations réglementaires, sur les discours produits par les institutions publiques et les acteurs intermédiaires, en un mot sur « l'inexorabilité » de l'évaluation de la qualité dans le domaine hospitalier, de plus en plus prise pour acquise par

l'ensemble des acteurs des établissements publics comme privés. Après la lutte contre les infections nosocomiales, la certification puis les évaluations de pratique, les indicateurs d'Etat incarnent aujourd'hui cette institutionnalisation, en la rendant « visible » et « palpable » par des formes identifiées, chiffrées, susceptibles d'être véhiculées largement.

« Les indicateurs qualité ont beaucoup, beaucoup, beaucoup, aidé les équipes d'hygiène ! Nous, on est ravi [...]. Ça nous a donné une crédibilité. » (Infirmière cadre hygiéniste, EOH, entretien T-11)

« Les gens commencent à connaître... Les résultats sont publiés chaque année... Il y a la presse aussi... [...] Il y a des croisements qui se font avec la HAS et l'ARS... Le site de la HAS s'est étoffé, on a pour nous les décrets qui sortent... [...] Tout ce maillage se fait et lentement se resserre un petit peu... Tout ça va vraiment dans notre sens ! Donc nous, ça nous sert complètement. [...] Les établissements sont devenus matures par rapport à la qualité. » (Attachée de direction responsable qualité, entretien SP-5)

La « maturation » des établissements se fait ainsi en parallèle du « maillage » institutionnel qui se resserre progressivement sur les établissements de santé.

Cette légitimation est, dans le même temps, le fruit du déploiement de tout un éventail d'activités par ces experts à l'échelle locale, autour de la qualité, de la sécurité et de la gestion des risques, sur lequel nous reviendrons plus précisément dans la section suivante. A travers ces activités, les experts qualité se sont progressivement imposés aux autres acteurs. Dans chaque établissement, les qualitatifs font état du combat de chaque instant auquel ils ont dû se livrer, d'abord pour se faire connaître des autres acteurs professionnels, ensuite pour « occuper le terrain » et finalement pour faire accepter, dans une certaine mesure, leur démarche. A Saint Pierre, les experts qualité ont dû batailler, au cours de 52 réunions dans les services, à l'occasion de la transmission ciblée des soignants, pour présenter le système permettant de signaler de manière anonyme les « événements indésirables » survenus dans l'établissement, avant que les acteurs n'acceptent leur travail. Dans les quatre établissements, les experts qualité ont dû lutter contre vents et marées pour recenser, récupérer, et finalement contrôler l'ensemble des documents en rapports avec la qualité, auparavant disposés de manière « anarchique » dans les placards des services sous la forme de « classeurs de protocoles », d'affiches « sauvages », ou, plus rarement, de documents informatiques. La manière dont ces experts ont dû s'imposer en faisant accepter leur monopolisation de l'information est tout particulièrement bien restituée par la responsable qualité de Mont d'Or.

« C'était un peu tout foutraque... Les gens n'avaient pas encore compris comment c'était structuré, et ils me faisaient des petits papiers de partout. Je passais dans le service, j'avais des mots "il faudra faire ci, ça, attention, donner le biberon". Il y avait plein de trucs mais pas de date... [...] Ca a été infernal au départ pour leur faire comprendre qu'il fallait systématiquement que ça passe par nous pour que ça soit mis à jour, pour que ça soit partout pareil ! [...] On est passé sans arrêt, très chiantes comme on est [rires]. En leur disant "voilà, on ne veut plus de papier sauvage, il ne faut pas, on va vous expliquer pourquoi, parce que vous risquez une erreur, et que vous n'êtes plus à la procédure à jour, vous en êtes à la 1 et nous à la 6, il y a plein de choses qui ont changé, et vous ne voulez pas faire une erreur"... On a dû passer tous les trimestres dans chaque service au départ ! [...] "Vous n'avez pas des vieux papiers qui traînent ?" [petite voix aigüe] "non non". On ouvrait, on regardait et là on

découvrait des trucs... J'ai retrouvé des trucs de 1979 de l'ancienne clinique... [...] C'était hyper compliqué. Et maintenant elles y arrivent. Donc ça passe par moi, tout le monde sait que l'information est devenue maintenant quelque chose de centralisé et validé. » (Responsable qualité, entretien MO-6)

La maîtrise de la documentation, qui peut sembler anodine, représente en fait une conquête de première importance pour les experts qui se rendent ainsi nécessaires aux autres acteurs locaux. C'est au cours de ces formes de combat ordinaire que les experts ont progressivement appris à déployer une approche subtile, amortie, plurielle de la démarche qualité, véritable condition de possibilité de leur légitimation à l'échelle locale.

« Une cellule qualité qui reste au 6^{ème} étage, eh bien elle sera vécue comme un poids, comme une contrainte. Si la cellule qualité sait se déplacer, aller travailler avec les équipes, au contact, elle sera plutôt vécue comme un soutien. » (Médecin cardiologue, entretien SP-17)

Le risque de l'échec plane lorsque cette « prudence » fait défaut, comme le révèle bien l'exemple du projet d'expérimentation d'une *check-list* de sécurité de l'opéré au bloc opératoire à l'Hôpital Saint Pierre¹. En dépit de leurs efforts répétés, le gestionnaire des risques et la responsable qualité ont eu le plus grand mal à faire remplir les check-lists aux équipes du bloc. La réflexivité du gestionnaire des risques montre qu'il est conscient de la nécessité d'une approche qui « amortisse » la hiérarchie.

« Le levier, moi, je m'en rends compte de plus en plus, c'est qu'il faut les amener à être partie-prenante. Je pense que l'erreur a été que c'était une décision purement "direction". Il n'y a pas eu un partage de la décision avec le corps médical. A un moment ils se sont retrouvés dans la "figure imposée". Et ça, c'est pas bon. [...] S'il y avait un partage un peu en amont, une discussion en disant "voilà, l'OMS nous a sollicités, avec la HAS sur un projet, est-ce que ça pourrait pas être intéressant pour l'hôpital, si on y allait comment vous verriez la chose"... Tout ce travail de débroussaillage de terrain, pour donner envie... Je pense que ce temps-là, on l'aurait gagné derrière sur l'énergie perdue... » (Gestionnaire des risques, entretien SP-7)

Cette approche amortie, ce travail de conviction, ce « débroussaillage du terrain » couramment pratiqués par les experts qualité sont le fruit d'un apprentissage en situation de la part d'acteurs travaillant sous la contrainte des comportements fuyants voire hostiles des acteurs qu'ils doivent parvenir à enrôler. Cela permet de tisser des liens étroits avec les acteurs les plus « croyants » de la qualité, de mener un intense travail de conviction et d'enrôlement « des agnostiques », et d'apprendre à stabiliser une relation tenant le conflit à distance avec les « incroyables » de la qualité. Evidemment, la viabilité de cet échelon hiérarchique intermédiaire est un processus encore à l'œuvre, qui reste inabouti : à de nombreux égards, il reste encore aux experts qualité à faire la preuve de leur efficacité, de leur contrôlabilité et de leur légitimité. Néanmoins, au tournant des années 2010, la légitimation des experts qualité est un processus bien amorcé².

¹ Pour rappel, il s'agit d'un projet international sous l'égide de l'OMS, auquel participent la HAS et la CEPPRAL. C'est la directrice de l'établissement et la responsable qualité qui ont décidé d'engager l'Hôpital dans ce projet.

² Si l'on compare le rythme de la solidification de l'expertise qualité à l'hôpital au cours des années 2000 avec le temps mis par les hiérarchies intermédiaires étudiées par P. Lefebvre (2003, p. 20) pour s'imposer dans l'industrie (30 à 50 ans), c'est même davantage l'ampleur du phénomène qui pose question que ses limites.

« La qualité c'est comme la crème pâtissière dans un mille-feuille : à tous les niveaux. La qualité est le ciment entre différentes strates de l'organigramme et de tout ce qui est opérationnel dans la clinique. [...] C'est un véritable ciment parce que son intervention permet de faire un liant entre les différentes strates, de l'usager, des visiteurs, et de tous les niveaux de la clinique. »

Directeur général, entretien E-1

Cette analogie « pâtissière », dans la bouche du directeur de la Clinique des Erables, peut paraître incongrue. Elle nous semble toutefois révélatrice du processus qui prend place autour des experts qualité à l'intérieur des établissements, et auquel les indicateurs prennent une part active : l'invention d'un « nouveau métier » à l'hôpital, hybridant logiques de soin et logiques de gestion, faisant le lien entre les soignants « de terrain », les fonctions administratives et les acteurs de l'environnement institutionnel. La qualité se développe ainsi, localement, à l'interstice de « strates » préexistantes, dans l'espace qui les sépare, au cœur de la tension entre ces strates. En un mot, à travers cette nouvelle fonction hiérarchique, on assiste bien aux premières phases d'un processus d'intégration verticale de l'hôpital, plaçant progressivement les acteurs médicaux et soignants sous le contrôle hiérarchique d'acteurs gestionnaires aux profils hybrides, qui viennent « compléter » les formes hiérarchiques existantes à l'hôpital, cimenter ces formes entre elles, plutôt que de s'y substituer. Ce mouvement interne aux établissements participe lui-même à une forme d'intégration institutionnelle plus large à l'échelle du secteur hospitalier : par des formes d'hybridation, par la constitution de nouveaux intermédiaires entre les soignants, les gestionnaires locaux et les institutions publiques, les établissements en viennent à se ressembler davantage, et à rendre davantage de comptes à des institutions de régulation qui renforcent pas à pas leur contrôle.

Nous retrouvons ici le mouvement d'intégration mis en évidence par d'autres auteurs (Benamouzig et Pierru, 2011; Benamouzig et Robelet, 2014), incarné par une « nouvelle expertise d'Etat » singulière, qui s'affirme comme un nouveau rouage hiérarchique intermédiaire à l'hôpital. De même que l'émergence de la hiérarchie embryonnaire des ateliers n'est pas le fruit d'une « stratégie délibérée de prise de contrôle patronal » (Lefebvre, 2003, p. 17), ce nouveau rouage hiérarchique intermédiaire à l'hôpital n'est pas le résultat d'un « projet » étatique clair, selon un « modèle » qui serait imprimé mécaniquement aux établissements de l'extérieur. Cette hiérarchie intermédiaire n'est pas non plus « inscrite dans un développement logique sans aspérité, ni difficulté » (Lefebvre, 2003, p. 9). Au contraire, elle se forme progressivement, elle s'invente en réponse à une nouvelle série de « problèmes » qui se posent dans les établissements, à travers leur nécessaire conformation à un ensemble hétéroclite d'injonctions institutionnelles en matière de qualité et de sécurité, au sein desquelles les indicateurs d'Etat occupent une place croissante. Le défi des missionnaires de la qualité est bien de construire une forme de contrôle et de conduire un nombre élargi de professionnels à y adhérer, tout en gérant les tensions entre acteurs et logiques. Autour de ces « nouveaux métiers » en

train de prendre corps dans des contextes pourtant hostiles, on assiste à la première étape du renforcement d'une nouvelle fonction intermédiaire, gestionnaire et pourtant ancrée dans les professions du soin, dont les activités hiérarchiques reposent sur une capacité à adoucir la contrainte, à tisser des formes de liens horizontaux au service d'un mode d'action vertical. Pour saisir le caractère opérationnel de cette dynamique, il nous faut maintenant porter notre attention sur le *travail d'intégration* accompli jour après jour par ces qualitiens.

2. La « main visible » des qualitiens à l'hôpital

Faire accepter des logiques d'évaluation, de traçabilité, de transparence et de contrôle à des acteurs professionnels réticents ne va pas de soi. Cela implique une pluralité d'activités parfois ingrates, auxquelles les qualitiens s'attachent à donner du sens, non sans ruse, sans réflexivité, sans une certaine forme de créativité. Comme dans le cas des transformations des ateliers des grandes entreprises décrites par P. Lefebvre (2003), c'est à travers un large panel d'activités d'exploration, d'apprentissage, et au cours d'un processus incrémental que s'opère la transformation de l'hôpital autour de la qualité. Le changement est moins opéré « à distance », par des instruments automatiques capables de faire l'économie de tout portage local, que par la « main visible¹ » des qualitiens, qui prêchent jour après jour la qualité à l'intérieur des établissements. Face aux contraintes qui sont les leurs, ces « missionnaires » ont su jouer de la polysémie de la notion et de l'ambiguïté des IQ pour les greffer dans leurs organisations. Leur travail d'intégration autour des IQ articule deux dimensions étroitement imbriquées, qu'il est possible de distinguer par souci de clarté : un travail social de conviction (1) et un travail stratégique de négociation (2).

1) « Prêcher » la qualité : la dimension sociale du travail d'intégration

Capables de mobiliser un ensemble de connaissances et de savoirs *ad hoc* qui leur permettent de porter la démarche qualité, ces experts construisent l'effectivité des instruments d'évaluation dans leurs établissements par un intense travail social de transmission, d'argumentation et de conviction.

A la source de l'expertise : des connaissances et des compétences diversifiées

A notre sens, les qualitiens n'usurpent pas le titre « d'expert » qui leur est attribué, parfois avec une pointe d'ironie, par les différents acteurs hospitaliers. De par leur parcours professionnels, les formations qu'ils ont suivies, mais aussi les apprentissages autodidactes et la veille informelle qu'ils réalisent au jour le jour en s'appuyant sur les vecteurs institutionnels de la « culture qualité », les

¹ Nous reprenons ici l'expression employée par A. Chandler (1977) dans son analyse historique de la constitution des grandes entreprises, résultant d'après cet auteur moins de la « main invisible » du marché que de la montée en puissance des « managers », de leurs savoirs et de leurs techniques dans ces grandes entreprises en formation.

qualiticiens ont acquis des connaissances et des compétences diversifiées, qu'ils mobilisent avec une certaine habileté dans leurs relations avec les professionnels.

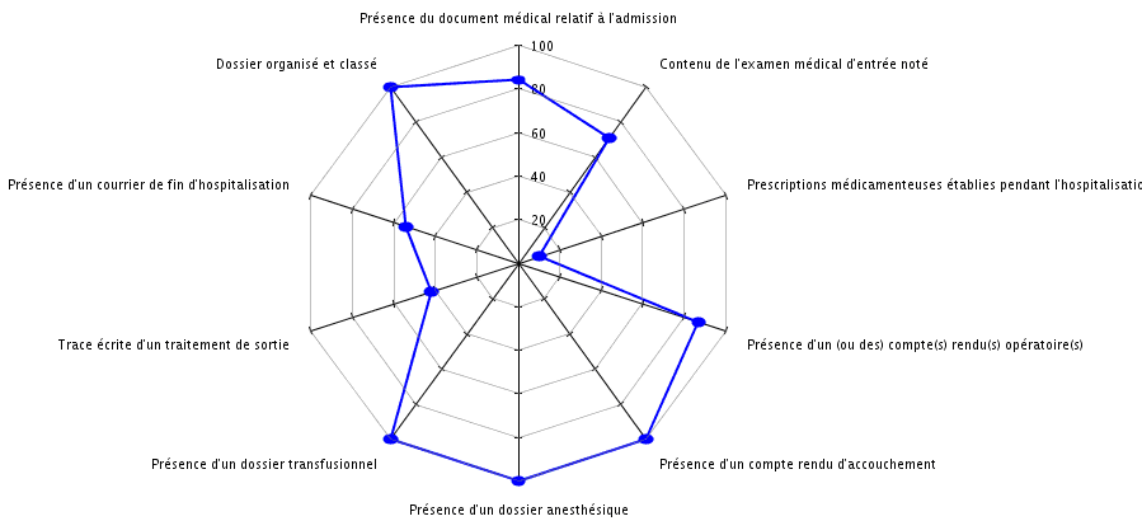
En premier lieu, ils connaissent très bien le cadre institutionnel dans lequel sont encadrés les instruments d'évaluation comme la certification, les évaluations de pratique professionnelle, ou les indicateurs de qualité. Ils connaissent les cadres réglementaires et les attentes d'un univers institutionnel dont ils ont une vision précise, alors qu'il demeure en général très flou pour les soignants « de terrain », et qu'il est surtout perçu sous l'angle de la régulation économique par les gestionnaires. Ils maîtrisent les « obligations » auxquelles sont soumis les établissements et les professionnels et savent vers quels acteurs nationaux ou régionaux se tourner pour obtenir des informations ou chercher un accompagnement méthodologique. Les experts qualité expliquent ce que sont les évaluations de pratiques professionnelles (EPP) et la marche à suivre pour les faire valider ; ils maîtrisent les contraintes et le calendrier de la certification et du recueil des IQ, dont ils connaissent les différentes facettes et les différents usages possibles. Cette compétence « institutionnelle » leur est reconnue par les acteurs hospitaliers qui sont soumis à des obligations dont ils ne saisissent pas toujours les tenants et les aboutissants.

En deuxième lieu, les experts qualité ont une connaissance précise des doctrines de la qualité et des outils méthodologiques qui permettent de gérer et d'évaluer la qualité. Ils sont formés à la pratique de l'audit, maîtrisent les outils informatiques permettant de calculer des scores d'indicateurs, sont capables de les interpréter, de les agencer, de les manipuler. Ils ont une maîtrise pratique des raisonnements de gestion de la qualité : la « roue de Deming », la qualité industrielle, et les normes d'assurance qualité leur sont familières. Ils ont également une connaissance précise du cahier des charges des IQ d'Etat, du référentiel de certification, et de leurs évolutions de version en version. Ils savent en tout état de cause où trouver les informations au sujet des différents dispositifs. Les experts formés à la qualité dans le secteur industriel, ou provenant de sociétés de conseil dans le secteur de la santé, mettent tout particulièrement en avant cette expertise « méthodologique », qui leur est volontiers reconnue par leurs collègues au profil plus en lien avec le soin. Au CH du Terroir, le responsable qualité est par exemple arrivé avec sa « boîte à outils » et les documents de l'entreprise de conseil dont il est issu, et qu'on retrouve mobilisés lors des différentes réunions organisées sur la gestion des risques ou la politique qualité. Il en va de même pour la responsable qualité des Erables, qui est arrivée avec ses connaissances sur la « formalisation ISO des indicateurs », ou pour le gestionnaire des risques de Saint Pierre qui a importé dans l'établissement ses outils de consultant. La légitimité de ces acteurs émergents repose très largement sur cette maîtrise technique de la qualité.

En troisième lieu, et non sans lien avec ces connaissances techniques, les qualiticiens ont, au fil du temps, développé une expertise en matière de communication auprès des autres acteurs hospitaliers. Ils ont tous appris comment « mettre les formes », au double sens du terme, lors de leurs échanges avec les acteurs hospitaliers. Dans les quatre établissements, les formes techniques et

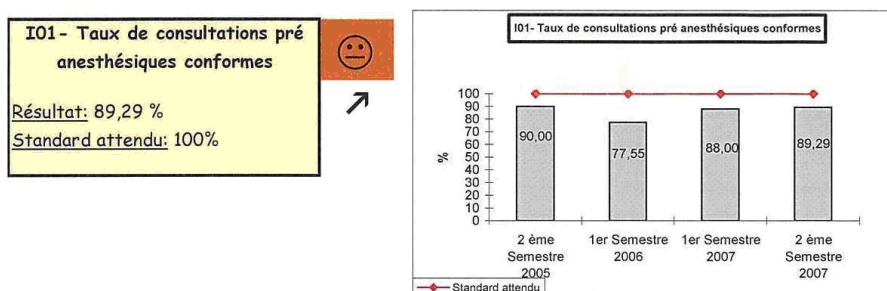
cognitives (indicateurs, graphiques, tableaux de bord) sont omniprésentes dans les informations concernant la politique qualité diffusées auprès de l'ensemble du personnel (« gazette qualité » ou « cellule-qualité info »), et dans les transparents utilisés par les experts lors des réunions (en CME, en comité de gestion des risques, au CLIN ou au CLUD). Parmi ces éléments graphiques locaux, on retrouve souvent des « formes » élaborées au niveau institutionnel, comme ce graphique présenté par le médecin hygiéniste en commission médicale d'établissement au CH du Terroir, qui provient du logiciel de la HAS et dont il a fait une copie lorsqu'il a pu consulter les résultats de son établissement (voir figure 18).

Figure 18. Graphique QHALHAS utilisé en CME (CH du Terroir, 2009)

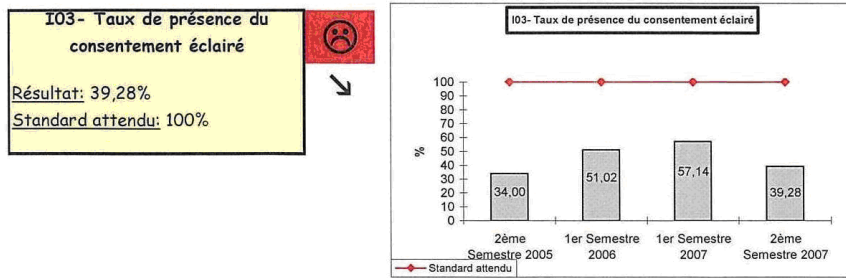


C'est dans la même perspective que l'équipe opérationnelle d'hygiène du Terroir, pour sensibiliser les équipes à l'indicateur ICSHA, affiche sur un grand tableau les consommations comparées de solutions hydroalcooliques des différents services, avec à la clé un « cadeau » symbolique (en l'occurrence, une nouvelle cafetière) pour le service qui obtient le meilleur score. C'est dans une logique comparable que la responsable qualité des Erables tente de communiquer sur les IQ auprès des médecins, notamment en CME. A cette fin, elle a rédigé des « fiches », et prépare des restitutions commentées sous la forme de « tableaux de bord » ludiques à destination des services (voir figure 19).

Figure 19. Tableau de bord médical diffusé en 2008 (Erables)



Commentaires: Résultat en hausse de la conformité des consultations préanesthésiques. Sur cet audit, 1 feuille de consultation non datée a été trouvée.



Commentaires: Diminution de la présence de l'information bénéfice risque par le biais des consentements éclairés des chirurgiens et des anesthésistes (Critère= les consentement éclairés du chirurgien et de l'anesthésiste sont présents, datés et signés). Pris individuellement, les résultats du taux de présence des consentements éclairés seraient de 62,5% pour l'anesthésie (contre 69,39% au 1er semestre 2007) et de 57,14 % pour la chirurgie (contre 73,47% au 1er semestre 2007).

L'expertise des qualitatifs implique en ce sens une forme de « créativité », qui consiste à trouver le meilleur moyen graphique et argumentatif de toucher des professionnels pour la plupart peu intéressés et peu mobilisés sur la qualité. Cette compétence se révèle cruciale pour rendre les outils « concrets » et effectifs aux yeux des professionnels.

En dernier lieu, les experts qualité ont développé au cours du temps une quatrième forme d'expertise, moins immédiatement attendue mais qui se révèle tout particulièrement cruciale : une connaissance pratique fine des acteurs professionnels et de leurs relations. De par leurs fonctions transversales, leur profil hybride et leur position hiérarchique intermédiaire, ils sont bien placés pour connaître les enjeux des établissements, les points de tension qui les caractérisent, les ressources et les contraintes des différents professionnels qui les composent. Cette compétence singulière apparaît de manière tout particulièrement parlante dans les propos « fleuris » tenus par l'un de ces experts après un entretien, au moment où il est sollicité pour nous recommander des interlocuteurs diversifiés à rencontrer au sujet de la qualité¹.

« [Le docteur X] il comprend tout. Même s'il a des petits soucis... C'est normal. Mais il est branché, il s'est occupé du recueil des indicateurs... [...] Sinon j'ai un vrai rebelle, mais il n'est pas aimable, je vous le dis... Regardez ce qu'il m'a répondu quand on a rappelé ce qu'il fallait faire pour l'accréditation par la HAS [lisant un courrier à voix haute]: "j'invite les inspecteurs de la HAS à passer 7 jours avec moi, à condition de se lever à la même heure que moi, de manger si je mange, de pisser si j'en ai le temps, et de se coucher à la même heure que moi. Ils verront alors le côté de leurs foutues recommandations". Là, c'est du vrai ! [rires] [...]. C'est un psychorigide mais il est riche d'info [rires]. Et il est bon chirurgien hein ! [...] Sinon il y en a une, la chirurgien pédiatre, qui fait un DU douleur et qui d'un coup se rend compte que c'est intéressant ! Elle est en train d'évoluer. [...] Chez les infirmières, les rebelles, elles ne se manifestent pas... [...] Les cadres, vous ne trouverez pas de rebelles, c'est un moteur aussi pour elles, elles ont besoin de ça... [...] Demandez à [Mme Y], elle en a des réfractaires, de NUIT... Elles sont hors normes, elles sont déconnectées du système, ça fait peur ! Et elle, [Madame Y], si on l'inclut, elle vient. Sinon, non. [...] Ah, il y en aurait un de médecin, ça vaudrait le coup [sur le ton de la confiance]. Lui il fait semblant d'être dedans, il donne des conseils aux autres et il comprend rien à la qualité. » (Transcription d'une discussion informelle avec l'un des experts qualité, après un entretien)

¹ La réalisation d'entretiens avec certains de ces personnes « recommandées » nous a confirmé cette bonne connaissance des positionnements des différents professionnels de l'établissement.

Plusieurs de ces experts, lorsqu'ils décrivent leur travail, mettent d'ailleurs en avant des compétences « d'observation » et « d'écoute » qui leur semblent cruciales.

« Quand vous passez une matinée au bloc, vous voyez bien comment il fonctionne ! Il faut être un peu observateur, regarder, entendre, écouter, j'ai appris plein de choses... » (Gestionnaire des risques, entretien SP-7)

Si tous revendiquent une forme d'empathie, une capacité à comprendre comment « fonctionnent » les soignants sur le terrain aussi bien que les gestionnaires de l'établissement, les acteurs qui ont une grande ancienneté et un profil « soignant », de par leur parcours ou de par l'exercice de deux fonctions à l'intérieur de leur établissement, ont un certain avantage sur leurs collègues en la matière. C'est pourquoi ils prennent souvent en charge des activités plus « politiques » à l'intérieur de l'entité qualité : les qualitiens se font alors médiateurs ou diplomates.

« On descend d'un étage à l'autre, on discute entre cadres... Avec les médecins, c'est plus compliqué mais on les connaît à force, on sait lesquels sont à l'écoute ou pas donc on va voir ceux qui ont envie... Et puis voilà on ne peut pas ennuyer tout le monde... » (Cadre de santé et responsable qualité, entretien MO-6)

Ce dernier extrait d'entretien révèle à quel point la connaissance des positionnements des autres professionnels est cruciale pour les experts qualité, en leur permettant de s'adapter à leurs interlocuteurs : ne pouvant « ennuyer tout le monde », ces derniers adoptent en fait une pluralité de discours au sujet de la qualité.

Un portage multi vocal de la qualité adapté à la plurivocité des positionnements professionnels

Nous avons déjà eu l'occasion de décrire la plasticité cognitive des divers instruments qualité, et les usages sociaux plurivoques qui leur sont attachés : certains instruments sont plus liés à des usages bureaucratiques exogènes, d'autres renvoient plus clairement à des logiques et à des usages soignants, ou à des usages concurrentiels. Les IQ véhiculent ces trois logiques¹. Or, la sociologie des organisations a montré à quel point l'ambiguïté est une dimension constitutive du pouvoir. Le jeu (Crozier et Friedberg, 1977) ou l'indétermination des buts (March, 1978, p. 598) constituent des ressorts incontournables de l'action collective. Le flou des dispositifs de gestion et de leurs informations peut même être une qualité pour désamorcer des situations conflictuelles (Berry, 1983, p. 19). L'ambiguïté peut constituer une ressource essentielle pour agir dans un univers social complexe (Bergeron et al, 2013; Padgett et Ansell, 1993). Le profil hybride des experts et leurs connaissances fines des dispositifs comme des contextes locaux leur permettent de se saisir de cette polysémie de la notion de qualité et de ces ambiguïtés des IQ. Les missionnaires de la qualité peuvent tirer profit de ces caractéristiques pour adapter leurs discours et leurs actions aux différents interlocuteurs dont il s'agit d'obtenir la coopération. Cette « multi-vocalité » des experts est un aspect essentiel de leur

¹ Pour une analyse détaillée, voir le chapitre 3.

travail d'intégration : c'est par ce mode opératoire original qu'ils « font prendre » la greffe de la qualité dans les hôpitaux ; c'est en jouant sur plusieurs ressorts, en parlant plusieurs « langages » que ces experts enracent des IQ, à des degrés différenciés, dans des strates organisationnelles inégalement favorables à l'épanouissement de la dynamique qualité. Par un travail social actif de conviction reposant sur leur expertise, ces qualitiens participent au « cadrage » cognitif (Goffman, 1974) de la manière dont les autres acteurs hospitaliers font l'expérience des indicateurs.

Auprès des acteurs de la direction, « convertis » plus ou moins profondément à la qualité au cours des années 2000, les experts qualité jouent surtout du caractère réglementaire des indicateurs et de l'affichage public de leurs résultats. Les experts se servent alors des enjeux propres à chaque établissement comme d'autant de leviers pour convaincre les directeurs de leur donner les moyens de répondre de manière conforme aux indicateurs, et pour encourager ces directeurs à faire usage de ces indicateurs. Dans les trois établissements où les incertitudes autour de l'avenir pèsent le plus lourdement, les différents experts ont, chacun à leur manière, obtenu des directeurs davantage de moyens et de soutien. Au Terroir, c'est l'équipe d'hygiène qui a profité des mauvais scores initiaux à l'indicateur ICSHA pour négocier des moyens. A Saint Pierre, c'est l'attachée de direction qui a poussé la directrice à « communiquer » au sujet des indicateurs d'Etat. A la Clinique des Erables, la directrice qualité, pourtant peu convaincue elle-même de « l'impact » de l'affichage public, utilise stratégiquement ce levier pour mobiliser la direction et les médecins dirigeants.

« La diffusion publique, moi ça me laisse un peu perplexe ! [...] Il y a eu des études sur l'effet des diffusions publiques, pour l'instant ça n'a aucun impact. [...] Peut-être que dans 50 ans ça sera différent. [...] Le seul avantage que je vois : ça reste un levier interne par rapport à l'image de marque de l'établissement [...] sur les actionnaires, la direction, le directoire ! »
(Directrice qualité, entretien E-6)

C'est auprès de ces directeurs que la dimension « prophétique » et quelque peu performative du travail de conviction des experts qualité est la plus visible : en portant le discours de l'inexorabilité de la mesure de la qualité auprès des directions, ces derniers contribuent à la faire advenir.

Aux acteurs soignants du « premier cercle » de la qualité, plutôt « croyants », on « vend » plus volontiers les « usages soignants » possibles des IQ que leur caractère réglementaire obligatoire, ou que leurs usages concurrentiels. Les experts insistent davantage sur les contenus « médicaux » de ces indicateurs, la participation des sociétés savantes à leur élaboration à travers leurs recommandations pour la pratique. De manière très similaire dans les quatre établissements, les experts s'attachent ainsi à décliner les différents indicateurs auprès des différents professionnels les plus susceptibles d'être concernés par les pratiques qu'ils évaluent.

« Beaucoup d'évaluations sont pédagogiques. On fait participer les gens concernés par le secteur d'activité. Et finalement, dans ce cas-là, le résultat n'est pas très important, c'est plus la démarche qui compte. » (Responsable qualité, entretien E-8)

L'indicateur de tenue du dossier anesthésique (DAN) est communiqué auprès des anesthésistes, qui participent volontiers au recueil de l'indicateur ; l'indicateur de traçabilité de la douleur (TRD) et les indicateurs d'hygiène ICALIN ou ICSHA suscitent plutôt des engagements de la part des personnels infirmiers qui voient un lien avec leur pratique; les indicateurs d'infections de site opératoire (ISO) permettent quant à eux de faire participer les rares chirurgiens intéressés par la qualité à l'échelle de leur établissement, qui peuvent s'appuyer sur ces mesures pour suivre leurs infections et analyser leurs causes. Parmi ces « croyants » sensibilisés à la qualité, certains sont encore peu familiers avec les indicateurs. Dans une logique « d'apprentissage par la pratique », les experts qualité s'attachent, dans la mesure du possible, à faire participer directement ces professionnels à la collecte des indicateurs, à la restitution de leurs résultats, aux plans d'action devant permettre d'améliorer les scores.

« [Le médecin gériatre] c'est quelqu'un qui a dans son cursus une sensibilité à la qualité, parce que dans la prise en charge de la personne âgée en gériatrie, ils ont des indicateurs, donc ils ont cette culture d'aide dans leur pratique. Donc, quelque part, il a un petit peu cette culture là, mais il n'a pas encore franchi le cap des indicateurs transversaux. Et effectivement pour IPAQH, c'est moi qui lui ai demandé de travailler avec moi, parce que, pour le dossier patient, ça allait plus vite de travailler avec lui. » (Médecin hygiéniste, entretien T-8)

Comme l'explique cette responsable qualité des Erables, il s'agit d'une manière « pédagogique » de transmettre aux soignants intéressés un intérêt *pratique* pour la « culture qualité ».

Comme nous l'avons vu, les acteurs soignants du « deuxième cercle » de la qualité sont davantage à distance de la démarche qualité, sans pour autant adopter un positionnement ouvertement critique. Ils constituent de ce fait une population « cible » pour les experts qualité, qui font feu de tout bois pour essayer de leur montrer l'intérêt de la qualité et de ses outils. Dans les quatre établissements, les experts qualité adoptent vis-à-vis de ces acteurs un double discours : ils soulignent largement le caractère réglementaire et obligatoire des indicateurs de manière à mettre en exergue l'inexorabilité de l'évaluation et de sa mesure. Aux Erables, la responsable qualité a présenté la participation à l'indicateur PATH sur l'antibioprophylaxie¹ comme permettant à certains anesthésistes du « deuxième cercle » de valider une partie de leur EPP individuelle.

« Nous on s'est dit "on va tout utiliser pour que les anesthésistes acceptent de participer". Sur la conformité des prescriptions d'antibioprophylaxie, on leur a vendu comme ça : s'ils participaient à cette évaluation de pratique, car c'en était une, la conformité de leurs prescriptions par rapport aux recommandations, une partie de leur EPP serait validée. On a eu confirmation par le CCECQA [...] Et ça a marché ! » (Responsable qualité, entretien E-9)

Mais ils tentent également de « séduire » ces acteurs en leur faisant la démonstration de l'intérêt des dispositifs et des indicateurs pour le soin. Le message véhiculé est finalement qu'il vaut mieux anticiper cette évolution inexorable, l'accompagner, s'en accommoder, « faire de la contrainte une ressource » plutôt que de la subir. Adoptant volontiers une tactique au « coup par coup », les experts qualité se saisissent des opportunités qui se présentent pour sensibiliser tel ou tel acteur du deuxième

¹ Il s'agit de l'utilisation thérapeutique d'antibiotiques pour prévenir la survenue d'infections dangereuses.

cercle à la thématique de la qualité. En utilisant les mises en forme graphiques des scores des IQ auprès de ces acteurs agnostiques, ils cherchent volontairement à susciter une forme de « réactivité » (Espeland et Sauder, 2007). C'est dans cette logique que les experts de Saint Pierre, aidés par le président de CME, ont présenté en commission médicale d'établissement (CME) les premiers résultats des indicateurs en 2007, qui ont « fait bondir » les médecins membres de la CME.

« Notre première mesure en 2007 on avait une prescription correcte dans 2% des cas ! Donc là, quand vous présentez ça en CME, ça a limite gueulé hein ! [...] Ca fait peur, quoi ! » (Médecin anesthésiste réanimateur, président de CME, entretien SP-10)

La réaction de « stupeur » qui est alors provoquée par les mauvais résultats permet d'obtenir l'attention des praticiens et d'expliquer en détails la manière dont sont calculés les indicateurs, les logiques des différents critères et leurs liens avec les obligations légales. Les experts qualité sont unanimes dans les quatre établissements pour souligner que ces réactions suite à des présentations de mauvais scores ont suscité des changements de comportements, notamment parmi les médecins occupant des fonctions transversales (chefs de services, responsables de pôles, présidents de CME).

Le discours tenu aux acteurs du « dernier cercle » par les experts qualité est différent. Ces derniers identifient très bien, à l'intérieur des différents établissements, les soignants ouvertement en opposition à la démarche qualité. Dans l'ensemble, les experts qualité se font peu d'illusions sur leur capacité à faire adhérer ces « incrédules » à une démarche qu'ils critiquent frontalement. L'enjeu principal est alors d'éviter le conflit avec cette minorité de personnes qualifiées de « moutons noirs », « rebelles », « indécrottables ».

« Il ne s'agit pas de s'entourer de gens réfractaires, mais bien de gens qui adhèrent, sinon on perd nous-mêmes de l'énergie. » (Directrice des soins infirmiers, entretien MO-4)

Dans la mesure du possible, les experts qualité laissent donc ces acteurs du dernier cercle en-dehors de la démarche dans leur établissement. Lorsque leur concours est absolument nécessaire, ils « prennent des pincettes », s'adaptent à leurs situations, tout en s'appuyant sur le caractère « réglementaire » et « obligatoire » des démarches.

« Le chef de service de la maternité est très récalcitrant à tout ce qui est qualité.... [...] Je lui ai dit "c'est obligatoire ! On va se faire ramasser si on n'a pas de dossier EPP en maternité"... » (Attachée de direction et responsable qualité, entretien SP-5)

« Il y a des médecins qui disent "mais qu'est-ce qu'elles viennent nous dire là ces deux grognasses, à nous rappeler ce qu'il faut faire ? Quel est leur poids sur nous ?". En gros. [...] Eh bien les recommandations de la HAS, nous, on s'en sert ! On dit "attendez, on a eu une recommandation sur le circuit du médicament, si vous ne prescrivez pas comme il faut, mes cocos, on va avoir une réserve la prochaine fois". Donc il y en a qui sont hyper réceptifs parce que la notion de contrôle, ça leur fait PEUR. [...] Grâce à ça, on a évolué auprès des médecins. » (Directrice des soins infirmiers, entretien MO-4)

Les indicateurs sont notamment présentés comme un « moindre mal » par rapport aux palmarès hospitaliers tout particulièrement honnis dans les établissements. Le risque médico-légal est également fortement mis en avant pour faire comprendre à ces médecins qu'à défaut d'adhérer à la qualité, leur

« intérêt bien compris » réside dans la conformité et la traçabilité de leurs pratiques. La directrice qualité des Erables explique par exemple qu'elle « vend » les indicateurs du dossier patient par le « risque juridique ». Elle a volontairement « exploité » en CME certaines plaintes reçues par la clinique, pour faire le lien entre ces indicateurs et la traçabilité des informations dont un usage judiciaire peut être fait. L'infirmière hygiéniste du Terroir témoigne quant à elle de ce recours systématique au risque médico-légal pour tenter de convaincre les plus « récalcitrants » des chirurgiens.

« Lorsqu'on essaye d'argumenter les choses, on a toujours en face de nous le discours "mais enfin, ça fait 20 ans que je travaille, j'ai toujours fait comme ça, j'ai jamais eu aucun problème". Moi je réponds toujours "oui, d'accord. Sauf que si par hasard il survenait un problème, il va falloir qu'on puisse prouver qu'on a bien fait. Et là, quand même, avec votre lavage à la Bétadine qui n'est plus préconisé, devant un tribunal, il va falloir l'argumenter". » (Infirmière cadre hygiéniste, entretien T-11)

C'est face à ce genre d'acteurs que la « prudence » du discours des experts qualité prend tout son sens. Les qualitiens se présentent alors volontiers comme des « porte-paroles » susceptibles de faire « remonter » les difficultés ressenties « dans la vraie vie ». Avec une réflexivité sincère, les experts qualité sont alors en mesure de prendre leurs distances avec des institutions publiques dont ils prolongent pourtant l'action localement. Ce positionnement fait son petit effet, dans la mesure où il est interprété par les acteurs critiques comme une concession et une reconnaissance de leurs difficultés. Ce médecin, par ailleurs assez critique, en témoigne sur le ton de la confiance.

« On a des gens qui sont là pour faire avancer tous ces projets qualité, qui sont quand même imposés. Ce qu'ils font, je dirais, assez gentiment, en bonne intelligence. D'autant moins psychorigides, que... Bon ça, ça reste entre nous... [...] [La personne responsable qualité] est un peu revenue de certains choses parce qu'elle se rend compte que ce n'est pas notre cœur de métier quand même et que ça nous pourrait bien la vie quand même [rires] et que ça a pas toujours un intérêt fondamental. [...] Donc quand on a quelqu'un qui a l'intelligence de remettre en question ce pourquoi il fonctionne, je trouve que c'est bien ! Parce qu'il va avoir un recul intelligent... [...] C'est vrai qu'elle s'est rendue compte qu'il ne fallait peut-être pas pousser les choses trop loin dans ce domaine, qu'il fallait... avoir l'adhésion des gens quoi. » (Entretien avec un médecin critique, dans l'un des établissements)

Les succès des missionnaires de la qualité dans la conviction de ces acteurs du « dernier cercle » sont rares, mais se produisent malgré tout, dans certains contextes spécifiques. La directrice qualité de la Clinique des Erables raconte par exemple la « conversion » d'un médecin radiologue réticent à l'approche qualité, au moment de sa participation à une revue de morbidité mortalité (RMM).

« Alors ça c'est un super levier ! [...] La dernière fois, on a un médecin pour qui ça a été un déclic ! Alors que ça faisait des années qu'on ramait avec lui. [...] On est parti sur un dysfonctionnement majeur d'un patient qui n'a pas eu la sortie qu'il aurait pu avoir. [...] Donc le médecin est arrivé, il s'est dit "voilà, ça va être le tribunal"... Et on l'a amené à prendre conscience que oui, il ne pouvait certainement rien faire sur ce cas, mais que s'il y avait eu plein de choses qui avaient été faites, on aurait peut-être lu le cas différemment. [...] Et en 15 jours on a un médecin qui a été transformé. (Directrice qualité, entretien E-7)

Ce médecin a alors accepté l'aide du service qualité pour reprendre certaines procédures et travailler à une meilleure traçabilité des informations. Comme le souligne avec humour un autre expert lors d'une

discussion informelle, ce genre de conversion vaut bien « quelques heures de persuasion ». Si ces petits « miracles » se produisent rarement, les experts qualité parviennent incontestablement à amortir les conflits autour de la qualité, en les limitant à des formes de tension isolées, ne donnant pas lieu à des formes de dénonciation ou de mobilisation collective.

A partir de ce travail social de portage de la qualité, ces experts contribuent à façonner les cadres cognitifs selon lesquels les instruments d'évaluation de la qualité peuvent faire sens pour les autres acteurs. Leur pouvoir se présente ainsi comme un pouvoir d'influence plus que comme un pouvoir de contrainte. Leur travail d'intégration ne se limite pas à ces activités de communication et d'argumentation, qui sont étroitement articulées à un travail plus directement stratégique.

2) « Négocier la qualité » : la dimension stratégique du travail d'intégration

L'expertise multi facette des experts leur permet de maîtriser une « zone d'incertitude » (Crozier et Friedberg, 1977; Crozier, 1963) qui prend de l'importance à l'intérieur des organisations de soin, autour des formes techniques, des enjeux institutionnels et du sens local de la politique qualité. Cette expertise est ainsi à la source d'un pouvoir que ces acteurs émergents déploient dans leurs relations avec les autres soignants, à travers des échanges de nature plus politique. Cette dimension stratégique relativement classique est ici particulièrement intéressante en ce qu'elle a pour effet de renforcer à l'échelle locale une dynamique institutionnelle : à travers des négociations diverses et variées, les experts qualité greffent les dispositifs de la qualité aux jeux de pouvoir locaux.

Négocier ses compétences contre un engagement en qualité

Au cours des années 2000, les experts ont progressivement monopolisé la « juridiction » (Abbott, 1988) naissante de la politique qualité, très largement perçue comme un « sale boulot » (Hughes, 1962) dont peu d'autres acteurs professionnels ont voulu s'emparer, mais qui s'est mise à peser de plus en plus lourdement sur les établissements de santé, de par ses enjeux croissants en matière de régulation institutionnelle. Les qualiciens peuvent ainsi négocier leur expertise méthodologique contre un engagement en qualité de la part des autres professionnels qui se retrouvent « obligés » de procéder à certaines évaluations et qui se retrouvent alors en position de dépendance. Prise de court, la pharmacienne des Erables, qui a dû réécrire intégralement les protocoles de préparation en matière de chimiothérapie dans le cadre du « contrat du bon usage du médicament » porté par l'ARH d'Aquitaine, a dû s'en remettre au « cadrage » de la responsable qualité, à sa « méthode » et à son « fonctionnement » pour répondre à cette injonction.

« [La responsable qualité] m'a fait valider les choses. Et heureusement, parce que moi avec tout ce que j'ai à faire, si elle ne me dit pas : "je viens demain à 14h", le document il est le lendemain toujours sur mon bureau dans le même état ! Donc effectivement ça me booste, c'est un cadre pour moi. On sait comment fonctionne [la responsable qualité], on connaît sa

méthodologie de travail. [...] Et elle est très méthodique et moi ça me va. Ça fixe un cadre. »
(Pharmacienne, entretien E-24)

La responsable qualité de la clinique a ainsi profité de l'occasion qui se présentait pour l'enrôler dans la démarche qualité. La situation est étroitement comparable au Centre Hospitalier du Terroir, où la pharmacienne loue les ressources méthodologiques du responsable qualité, et son « regard extérieur » lié à son parcours de consultant, comme une « aide » appréciable pour faire face aux injonctions.

« On parle système d'assurance qualité, procédures [...], mais après toutes les méthodologies pour les audits, pour les indicateurs, ça on ne l'a pas. [Le responsable qualité] lui il l'a. C'est une personne de l'APAVE donc il est dans cette logique-là. C'est une aide pour nous. C'est très enrichissant de l'avoir dans la cellule qualité. [...] Il a une vue d'ensemble, un œil extérieur et qui est pas médical quoi. » (Pharmacienne, entretien T-27)

Les experts qualité disposent d'ailleurs d'une ressource essentielle à négocier avec les autres acteurs professionnels : le *temps*. La plupart des soignants, pris « dans la course » du rythme de leurs activités professionnelles, cherchent à passer le moins de temps possible dans les activités d'évaluation. L'« efficacité » méthodologique des experts leur permet de « faire gagner du temps » aux autres professionnels lorsque ces derniers sont obligés de se soumettre à des évaluations externes. C'est ainsi en « prémâchant » le travail, en « traduisant en amont » les exigences réglementaires que les experts parviennent à enrôler, dans une certaine mesure, les professionnels réticents dans la démarche qualité.

Le caractère « hybride » des profils des experts qualité les dote également en ressources « annexes » par rapport à l'expertise purement indexée à la qualité. Dans les quatre établissements, ces acteurs n'étant pas « à temps plein » sur la qualité, ils sont particulièrement bien placés pour négocier d'autres compétences ou responsabilités en échange d'une participation spécifique des acteurs à la démarche qualité. L'attachée de direction et responsable qualité peut notamment s'appuyer sur ses responsabilités hiérarchiques en matière de « gestion des plaintes et des litiges » pour obtenir une participation à des audits ou des évaluations de la part de médecins ou de paramédicaux « mis en cause » par certaines plaintes ou litiges avec des patients. Ce « deal » est souvent couplé à une argumentation faisant usage du levier « médico-légal ». Dans les deux cliniques privées, c'est le pouvoir hiérarchique de la directrice qualité (aux Erables) et de la directrice des soins (au Mont d'Or) qui peut être négocié contre un engagement dans la qualité, comme l'illustrent bien ces propos tenus par le cadre de bloc opératoire à la Clinique Mont d'Or.

« J'ai tendance à appeler [la directrice des soins] quand j'ai des problèmes. Pour moi, c'est ma supérieure hiérarchique directe. Si je n'arrive pas à gérer du personnel, si j'ai des difficultés moi dans ma façon de faire... Voilà. Je l'appelle, je la rencontre, et j'ai BESOIN d'elle. Et elle le sait, elle est à l'écoute... Et voilà pour moi c'est un soutien dans mon propre fonctionnement. » (Cadre de santé au bloc opératoire, entretien MO-14)

A travers un « échange de bons procédés », ce cadre de bloc, qui se présente comme favorable à la démarche, accepte de transmettre les informations de la cellule qualité, et s'attache à trouver des volontaires pour participer aux groupes de travail. C'est aussi à travers ce genre d'échanges de bons procédés que se négocie, au jour le jour, l'investissement de certains professionnels réticents dans la

démarche qualité au CH du Terroir. Le médecin hygiéniste du CH aquitain s'est par exemple appuyé sur son expertise relative à la gestion des problèmes liés aux bactéries multi-résistantes pour se rendre nécessaire vis-à-vis de certains médecins chefs de services exposés à ce problème.

« Petit à petit, ils ont vu que j'étais plus une aide, un soutien, et que je n'étais pas là pour les embêter, mais au contraire, dès qu'ils avaient un problème de bactérie multi résistante, ils m'appelaient... C'est une collaboration. [...] A un moment donné, on a pu se comprendre et travailler ensemble. » (Médecin hygiéniste, entretien T-8)

Le médecin hygiéniste est aujourd'hui en mesure de s'appuyer sur l'aide qu'il leur apporte, couplée à un argumentaire autour de l'amélioration des pratiques, pour négocier la participation de certains praticiens au recueil des IQ.

« J'ai "imposé" [sourire] aux chefs de service de venir faire l'évaluation des dossiers. [...] Disons qu'avec l'ancienneté... Ils commencent à bien me situer dans l'établissement, quand je leur dis que quelque part il y aura une valeur ajoutée dans cette évaluation des dossiers "pour vous, pour vos pratiques"... [...] Le fait que je sois là depuis 2003, le fait que quelque part j'aie trouvé ma place, quand il y a une gale ils m'appellent, quand il y a un problème, ils savent que je ne les laisserai pas tomber, donc ils reconnaissent mon expertise et ils peuvent s'appuyer sur moi... Cette relation-là fait qu'ils m'entendent. Et du coup quand je leur dis "j'ai besoin que vous participiez", il y a du retour. » (Médecin hygiéniste, entretien T-9)

Comme le décrit parfaitement le médecin hygiéniste, le « deal » autour des différentes facettes de l'expertise des qualitéiciens prend moins la forme d'un échange explicite que celle d'une relation interpersonnelle instituée au long cours, à force d'astuce et de persévérance. Les négociations se rapprochent d'une logique de « don » et de « contre-don », qui met progressivement en contact les soignants avec la démarche qualité, son instrumentation et ses logiques. De manière tout aussi stratégique, les missionnaires ont su s'entourer de croyants pour porter la bonne parole autour d'eux.

Tisser sa toile de relais locaux

La connaissance fine que les experts qualité ont de leur établissement leur permet de greffer stratégiquement la qualité sur certaines relations de pouvoir entre acteurs hospitaliers. Non sans une certaine forme de ruse, il s'agit alors pour les experts de jouer des tensions anodines autant que des conflits structurels à l'intérieur des établissements pour tisser une toile d'alliés susceptibles de relayer la démarche qualité, ses instruments et ses logiques auprès des autres acteurs hospitaliers.

Pour parvenir à surmonter les blocages, les experts qualité peuvent en premier lieu s'appuyer sur des relais « verticaux » et se reposer sur une forme de coercition par l'intermédiaire d'acteurs en position d'exercer la contrainte sur d'autres acteurs. Ce levier vertical peut être actionné dans un sens « top-down » : il s'agit alors de se saisir de relais hiérarchiques pour imposer une démarche et obtenir la coopération d'acteurs réticents. C'est par exemple dans cette logique que les experts qualité s'appuient fortement sur les cadres intermédiaires à la Clinique Mont d'Or, en profitant à la fois de la position hiérarchique de la directrice des soins et des relations tissées par la responsable qualité, par ailleurs cadre à mi-temps dans un service de chirurgie. A l'Hôpital Saint Pierre, où tous les soignants –

y compris les médecins – sont salariés, les experts qualité ont, dans les situations de blocage, recours à l'autorité hiérarchique de la directrice générale de l'établissement.

« La direction est là pour dire "c'est comme ça". C'est un levier. L'implication de la direction est très importante pour le déploiement. » (Gestionnaire des risques, entretien SP-7)

« Ma directrice générale elle me relaye, elle me soutient beaucoup dans ma démarche... Heureusement parce que j'en ai besoin... C'est pas toujours simple ! » (Attachée de direction et responsable qualité, entretien SP-4)

Les experts de l'hôpital privé lyonnais ont notamment eu recours au levier hiérarchique lors des difficultés de mobilisation du bloc opératoire, rencontrées à l'occasion du projet d'expérimentation d'une *check-list* au bloc opératoire pour améliorer la sécurité des patients opérés. Si le gestionnaire des risques regrette que le projet ait pris la forme d'une « figure imposée » dès le départ, les experts n'ont eu d'autre choix que de s'appuyer sur l'injonction hiérarchique du directeur des soins, du médecin responsable du pôle de chirurgie et plus généralement de la directrice générale pour « relancer » le projet, lorsque la HAS et la CEPPRAL ont rappelé l'établissement à ses engagements.

« Il n'y a que le directeur des soins qui peut valider le carnet de bloc, et le directeur de pôle de chirurgie. C'est important que ces documents soient estampillés de la voie hiérarchique. [...] Les gens savent bien qu'il y a un regard hiérarchique sur ce nouveau carnet de bloc... Tout ça va nous aider... [...] Si on avait mis ça en place tous seuls... Les gens se seraient ASSIS DESSUS ! Donc il a fallu une autorité médicale et paramédicale. [...] Plus le soutien de Mme [la directrice]. Elle ne baisse jamais les bras. Elle a dit : "on continue, on y va, on s'est engagé, on y va ! ". Donc tout ça s'est décidé. Et ça change TOUT ! [...] Du coup la réunion qui a été provoquée par la CEPPRAL sur la demande de la HAS parce qu'on n'avancait pas a eu beaucoup de bénéfices... [...] Il fallait un électrochoc à un moment donné. » (Attachée de direction et responsable qualité, entretien SP-4)

Cet exemple est tout particulièrement intéressant car il révèle bien toute la « ligne » d'acteurs verticaux qui ont produit cet « électrochoc » hiérarchique, depuis la HAS jusqu'à la direction des soins, en passant par un organisme régional de qualité sortant ici quelque peu de ses activités de « soutien méthodologique », et par la direction de l'établissement. Les experts qualité des quatre établissements soulignent toutefois que le recours au levier hiérarchique *top-down* doit être utilisé avec parcimonie, comme un « ultime recours », dans la mesure où il risque toujours de saper la construction de relations plus douces avec les professionnels.

Cette crainte de « braquer les professionnels » pousse les experts qualité à s'appuyer sur d'autres types de relais, préférés en raison de leur mode d'action plus subtil. Connaissant bien les contextes locaux, les qualitiens s'entourent ainsi d'acteurs « de terrain » qui ne sont pas formellement dotés d'un pouvoir hiérarchique, mais qui disposent de marges de manœuvres importantes, d'une forme de pouvoir informelle et d'un intérêt à agir qui leur permettent d'« imposer » des exigences à des acteurs réticents qui sont pourtant placés au-dessus d'eux dans la hiérarchie organisationnelle ou professionnelle. Le levier est tout aussi vertical, mais il s'exerce ici dans un sens « *bottom-up* ». Les experts qualité s'allient notamment avec les cadres de santé et les personnels infirmiers pour « obliger » les médecins à se conformer aux règles de traçabilité des

informations et prescriptions médicales dans le dossier patient. Ce type de jeu organisationnel est tout particulièrement visible au Terroir, où experts qualité et paramédicaux se retrouvent lors des réunions consacrées aux indicateurs de tenue du dossier patient. Le groupe de travail sur le dossier patient est un espace d'échanges permettant aux différents professionnels concernés (cadres, faisant fonction de cadres, IDE pour l'essentiel) de s'organiser collectivement pour faire pression sur les médecins (qui n'ont pas souhaité participer à ce groupe) afin de les obliger à se conformer aux obligations en termes de prescriptions.

« Le responsable Qualité : Bon, "nom du prescripteur". Qu'est-ce qu'on peut faire pour sensibiliser le corps médical là-dessus ? Encore les paramédicaux qui vont faire "tampon" ?

Une IDE : Que voulez-vous faire ? On en a marre, mais c'est la seule solution !

Le médecin hygiéniste : On peut en parler en CME...

Une cadre : La CME, on commence à savoir ce que ça vaut dans l'établissement ! [...]

Le médecin hygiéniste : Est-ce qu'on ne pourrait pas couper la poire en deux ? Les infirmières peuvent marquer le nom et la date, et demander au médecin de signer ?

Une IDE : Ah mais moi, il va dire "je ne peux pas !"

Une FFC : Il faut faire tous bloc face aux médecins. Nous, dans mon service, on fait ça et ça marche. C'est un travail de longue haleine, mais au bout d'un moment, il n'a pas le choix car sinon on refuse de faire !

Le responsable qualité : Donc je note sensibilisation des médecins par les cadres lors de la visite. Et présentation en amont en CME [...] Donc "les cadres font bouclier de leur corps et les infirmières sont en soutien derrière" [Rires partagés dans l'assemblée] ». (Réunion du groupe de travail « Dossier Patient », observation T-31)

L'alliance établie avec ces professionnels paramédicaux est un moyen de faire pression sur des médecins souvent fuyants par rapport aux démarches de qualité et de traçabilité. A la Clinique des Erables, c'est un infirmier formé à l'hygiène hospitalière qui a « imposé » aux chirurgiens de pratiquer un double badigeon préopératoire du patient avant les opérations, en conformité avec les recommandations nationales.

« Il y a toujours eu un petit badigeon dans les chambres, et une heure après, on faisait un badigeon au bloc. Maintenant, on en fait deux complets. J'installe le patient, je le badigeonne, je vais me laver les mains, je fais mes tables, donc il y a dix minutes qui s'écoulent, et je fais mon deuxième badigeon. Ce double badigeon, franchement c'est un apport. [...] Et c'est David un infirmier qui nous l'a imposé... [...] Enfin imposé non, mais, c'est lui qui... je sais pas ce qu'il est... le CLIN, la qualité... bref... tout ça ... ils sont tous très liés contre nous, hein [rires] ? Enfin je dis ça avec le sourire ! [...] Je pense que c'est au niveau national qu'ils ont évolué. Et lui a reproduit ça ici. » (Chirurgien orthopédiste, entretien E-13)

Racontée avec humour, cette « imposition » de pratique de la part d'un acteur à la « casquette » floue en matière de qualité, mais faisant partie d'une entité qualité « liguée » contre les chirurgiens est révélatrice de cette fonction de relais vertical « bottom-up » quelque peu paradoxale. Dans le même registre, les experts qualité s'appuient sur les relations de rivalité entre segments professionnels

(chirurgiens et anesthésistes, médecins occupant des fonctions transversales et médecins n'en exerçant pas) pour pousser les uns et les autres à s'engager dans les groupes de travail de la qualité.

Pour porter le « message qualité », les experts qualité peuvent, en second lieu, s'appuyer sur des relais plus « horizontaux », à travers des professionnels de santé du « premier cercle » de la qualité capables de véhiculer les instruments et leurs logiques auprès de leurs collègues. Ce que recherchent les experts qualité, c'est la capacité qu'ont ces acteurs de trouver les mots et les usages susceptibles de « convaincre », ou de « séduire » leurs « pairs » plus distants et plus réticents. Dans les quatre établissements, les experts qualité se sont ainsi entourés de personnes ressources « qui adhèrent » aux grands principes de l'évaluation de la qualité, recrutés dans les différents comités ou groupes de travail relatifs à la gestion de la qualité, comme le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), le comité de lutte contre la douleur (CLUD), ou encore les revues de morbi-mortalité (RMM). Les acteurs professionnels les plus réticents étant les médecins, les experts sont unanimes et emploient les mêmes mots au sujet de la nécessité de recourir à « des médecins pour parler aux médecins ». Si, au Terroir, c'est le médecin hygiéniste qui prend en charge directement cette mission, les experts des trois autres établissements ont construit des relations privilégiées avec un ou plusieurs médecins susceptibles de se faire les vecteurs de la qualité auprès de leurs pairs. Ce portage est bien souvent opéré par les médecins anesthésistes réanimateurs, sensibilisés à la qualité. Plus rarement, des cancérologues, des chirurgiens ou des médecins internistes peuvent se placer dans cette position. Présidence de CME, participation au directoire, animation des différents comités en lien avec la qualité : ce sont souvent des professionnels qui exercent des fonctions transversales qui acceptent de relayer la « bonne parole ». Avec humour, le gestionnaire des risques à Saint Pierre explicite le recours à la traduction professionnelle de la part du médecin du travail avec laquelle il a tissé des liens et partagé certaines difficultés, notamment pour veiller à ce que les chirurgiens portent des masques.

« Il est impossible de faire porter des moyens de protection aux chirurgiens ! [...] Si j'arrive en disant "portez vos trucs"... C'est Don Quichotte avec les moulins ! Ca va, ce n'est pas la peine quoi... Il faut trouver d'autres leviers, pour les médecins j'aime mieux m'appuyer sur [le médecin du travail] qui fait le relais. Par rapport à ses confrères, ils n'ont pas le même boulot, mais c'est toujours mieux que ce que je vais dire... » (Gestionnaire des risques, entretien SP-7)

Des relais sont également trouvés auprès des personnels infirmiers et aides-soignants. Dans leur lutte pour monopoliser et contrôler l'ensemble de la documentation en rapport avec la qualité, les expertes qualité de Mont d'Or se sont par exemple beaucoup appuyées sur « l'infirmière roulante », sensibilisée à la qualité ; présentant l'avantage de circuler en permanence dans les différents services de la clinique. Aux Erables, le service qualité était au printemps 2009 en train de constituer une « équipe qualité opérationnelle », composée d'une dizaine d'infirmières, de secrétaires médicales et d'aides-soignantes, chargées de porter le « message qualité ». Leur expertise a ainsi permis aux qualitatifs de tisser une vaste toile de relais professionnels, solidifiée au fil des années. Ils sont en mesure de jouer des différents leviers verticaux ou horizontaux, hiérarchiques ou professionnels, selon les situations.

« C'est un travail de longue haleine. Dans un établissement de taille humaine comme le nôtre, c'est surtout l'affect qui fait changer les comportements. [...] C'est un rapport humain, un échange positif. C'est de la conviction, de la pédagogie... »

Médecin hygiéniste, entretien T-9

« On a identifié des relais de terrain [...] pour que la mécanique soit bien huilée, et qu'on puisse faire avancer le schmilblick au niveau des soignants. »

Responsable qualité, entretien E-8

Mises côte à côte, ces deux citations résument très bien l'intense travail social et stratégique par lequel les qualitiens parviennent à enraciner la qualité en général et les IQ d'Etat en particulier à l'intérieur de leurs établissements respectifs. C'est par un travail « de longue haleine », par des tâtonnements et des apprentissages, à travers une réflexivité née d'erreurs et d'échecs que ces qualitiens ont inventé un mode opératoire particulier, leur permettant de gérer les tensions et de rapprocher pas à pas les injonctions institutionnelles et les ordres locaux. Loin de consister en une simple « application » locale de doctrines nationales, ce travail est une « re-création » (Lefebvre, 2003, p. 292). Comme les *middle-managers* chargés de porter les réformes dans certaines entreprises, les qualitiens ont recours à la ruse et à des arrangements (Segrestin, 2004), pour se faire les agents locaux du changement. C'est ainsi par la « main visible » des qualitiens que l'hôpital est aujourd'hui davantage intégré institutionnellement autour de la qualité qu'il ne l'était au début des années 2000. Si cette intégration prend incontestablement une forme très verticale, en permettant aux instruments d'Etat et à leurs logiques de coloniser progressivement les établissements, elle n'est possible que parce que ces experts ont su tisser des relations plus horizontales, capables de mettre de « l'huile » dans « la machine » humaine complexe qui porte les instruments depuis les institutions jusque dans les contextes professionnels locaux.

Conclusion : une intégration bureaucratique opérée « en douceur »

« Les lignes ont bien changé... Le pouvoir est de plus en plus du côté administratif... On a des obligations qui se multiplient... [...] On est quand même sous une direction, on est amené à s'y soumettre. Et comme la direction dépend de l'ARS, si les indicateurs c'est important pour l'ARS, on est obligé d'y passer quoi ! [...] Ca fait des années qu'on remplit des tas de documents, de questionnaires, de papiers... [...] C'est presque rassurant que ça débouche sur quelque chose... Même si ce n'est pas bon pour nous ! [rires]. »

Médecin neurologue, entretien SP-15

« C'est ça le grand pas en avant. Heureusement que la HAS s'est implantée comme ça, avec des experts de terrain, des PAIRS mais attention qui du coup font appliquer et ça nous fait progresser ! Du coup ils sont arrivés à avoir une MAINMISE sur les établissements de santé. »

Directrice des soins, entretien MO-4

En matière de qualité à l'hôpital, le temps des « prophètes » institutionnels¹ a fait place au temps des « missionnaires » locaux. Depuis le milieu des années 2000, ces nouveaux experts s'attachent à prêcher la qualité au jour le jour dans des contextes professionnels initialement peu favorables à l'essor de l'évaluation. La modestie, la discrétion et la prudence de ces qualiticiciens ne doit pas occulter leurs accomplissements. En fabriquant, petit à petit, un nouveau rouage hiérarchique intermédiaire à la légitimité croissante, ces experts se font les artisans d'une évolution majeure, d'un « grand pas en avant » dans le mouvement d'intégration institutionnelle (Benamouzig et Pierru, 2011; Benamouzig et Robelet, 2014). Loin d'être neutre, cette dynamique contribue à faire évoluer sensiblement les lignes du pouvoir à l'hôpital, renforçant pas à pas le contrôle exercé sur les acteurs soignants par les acteurs hybrides de la gestion transversale des établissements, tout en renforçant la « mainmise » des acteurs institutionnels sur certaines dimensions du fonctionnement des établissements de santé. Cette dynamique précède et dépasse la seule généralisation des indicateurs de qualité, mais ces derniers la renforcent incontestablement, tout en la rendant plus visible.

Si les qualiticiciens ne sont pas les seuls à incarner cette vaste dynamique², ils offrent un point d'observation privilégié de son mode opératoire à l'hôpital. Cette intégration résulte de l'agrégation de tout un *travail* de fourmi, indexé à l'hétérogénéité des milieux professionnels. Hybrides, créatifs, jouant de leur expertise multi facette et de leurs compétences personnelles, les « missionnaires » de la qualité ne se considèrent ni comme des ultralibéraux « contaminés » par le « new public

¹ En mobilisant une analogie avec la rationalisation de la religion chez Max Weber, M. Robelet a décrit, à l'échelle institutionnelle et au début des années 2000, le passage « du temps des prophètes » – porteurs de charisme, annonciateurs des temps à venir et critiques de leur temps – au « temps des experts » – médecins savants inscrits dans une forme déjà routinisée d'entreprise de la qualité – (Robelet, 2002, p. 84). C'est l'incarnation de ce mouvement à l'échelle locale que nous observons.

² On peut notamment voir cette dynamique à l'œuvre dans la légitimation des médecins de département d'information médicale (DIM), « experts locaux » du PMSI, mais aussi plus généralement dans le renforcement de nouveaux acteurs organisateurs au sein des tutelles régionales, dans l'affirmation de *managers-médecins* à la tête de pôles contractualisés, et dans les évolutions propres à certaines spécialités, comme l'anesthésie réanimation (Benamouzig et Pierru, 2011).

management », ni comme des « mercenaires » externes de l'évaluation. Ils sont des acteurs professionnels réflexifs, qui ont développé des croyances sincères en l'utilité de leur « mission » autour de la qualité, mais aussi des doutes sur la fonction de « bras armé de l'Etat » qu'ils ont conscience d'embrasser. C'est en tâtonnant face à de lourdes contraintes qu'ils ont trouvé les moyens prudents d'institutionnaliser la qualité à l'échelle locale, ajoutant une énergie locale cruciale à celle déployée par tous les acteurs institutionnels mobilisés sur ce thème. Ce sont très largement ces acteurs qui « négocient » (Strauss [dir.], 1992) de manière pragmatique, en situation, la capacité des « règles » institutionnelles à avoir une portée sur les activités des différents acteurs locaux. Partageant un même système de croyances, un vaste ensemble d'idées au sujet de la qualité, connectés entre eux et organisés par l'intermédiaire des acteurs institutionnels, ce sont ces experts qui fabriquent la forte ressemblance des établissements étudiés en matière de gestion de la qualité.

Si le mode opératoire de ces acteurs n'a pas été véritablement « planifié » par le niveau central¹, leur renforcement a été encouragé. Non seulement par le système des experts-visiteurs de la HAS auquel fait référence la directrice des soins du Mont d'Or, mais aussi par les organismes régionaux de qualité, qui ont rapidement identifié ces acteurs comme des relais de terrain incontournables. Le gouvernement par les indicateurs se distingue ainsi d'un « gouvernement à distance » (Rose et Miller, 1992) qui agirait directement par des instruments et ferait l'économie des activités de portage vertical de ces instruments. Les dispositifs d'évaluation portent un renforcement du contrôle étatique sur les bureaucraties professionnelles, comme le montrent les auteurs qui ont travaillé sur le cas anglais (Le Galès et Scott, 2008), par l'intermédiaire de ces nouveaux experts qui se sont imposés comme l'échelon le plus « local » d'un vaste système autour de la qualité, à l'interface entre ses échelons institutionnels et le monde hétérogène des professionnels croyants, agnostiques, ou incrédules. En cela, ces experts qualité ressemblent aux *street-level bureaucrats* étudiés par M. Lipsky (1980), individus incarnant les grandes bureaucraties au plus près de leurs bénéficiaires, donnant, à travers leurs marges de manœuvre et leur réflexivité, sa forme à l'action publique. L'institutionnalisation locale de ce type d'indicateurs, trop souvent postulée comme un processus transversal et coercitif par la littérature néo-institutionnaliste (Sauder et Espeland, 2009, p. 64), est bien un *travail* positif, accompli par tout un « *staff* » d'acteurs en situation (Stinchcombe, 1997, p. 1). Par leur approche en douceur, en mêlant leur destin à celui des dispositifs externes auxquels ils insufflent la vie à l'échelle locale, les qualitiens assurent la viabilité de la qualité à l'hôpital et parviennent à enraciner les indicateurs. Il nous reste, dans le dernier chapitre, à qualifier plus précisément les changements que cette dynamique instille dans les activités professionnelles.

¹ Les entretiens avec les acteurs institutionnels nationaux révèlent d'ailleurs que ces derniers ont tendance à sous-estimer la légitimité qu'ils ont acquise au sein des établissements de santé.

Chapitre 9. Les effets locaux des indicateurs d'Etat

Une dynamique de rationalisation aux deux visages

« Pour moi, la qualité, c'est contrôler ce qu'on a fait, vérifier que ça correspond au protocole qu'on était censé appliquer dans nos pratiques professionnelles, évaluer a posteriori les ennuis qu'on a eus... C'est comme ça que je pratique l'anesthésie au quotidien. »

Médecin anesthésiste, entretien SP-10

« Ces indicateurs, c'est parce que l'Etat a exigé des labels qualité... De même que dans l'industrie on demande des normes avec des critères. [...] Aujourd'hui, il faut tout tracer... Le vieil hôpital avec la plaque qui tombe sur la tête, ça ne va bientôt plus exister ! »

Infirmière, entretien MO-15

En quelques mots, ces citations décrivent deux visages contrastés de la qualité à l'hôpital. D'un côté, si l'on en croit ce médecin anesthésiste, la qualité s'apparente à une démarche professionnelle, qui aurait pour effet un « meilleur » autocontrôle des pratiques. De l'autre côté, la qualité est vue par cette infirmière comme une exigence étatique, porteuse d'une normalisation de type « industriel », qui aurait pour effet d'imposer de l'extérieur une forme de « modernisation » des organisations de soin. Cette équivoque fondamentale constitue l'objet de ce chapitre. Qu'est-ce que *change réellement* l'enracinement des IQ à l'intérieur des établissements de santé ? Dans quelle mesure et dans quelle direction transforment-ils les activités de soin ? En décrivant empiriquement les effets locaux des IQ d'Etat, ce chapitre qualifie sociologiquement les transformations qu'ils induisent.

Pour construire une approche de cette question, on peut s'appuyer sur l'abondante littérature qui s'est intéressée aux démarches de rationalisation et de normalisation dans l'industrie (Cochoy et al., 1998; Segrestin, 1996, 1997, 2004), dans le domaine plus large des « services professionnels » (Gadrey, 1994), et, plus précisément, dans le monde médical (Benamouzig et Robelet, 2014; Castel et Merle, 2002; Castel et Robelet, 2009; Fraisse et al., 2003; Robelet, 2002; Timmermans et Berg, 2003). Ces travaux soulignent tous, plus ou moins explicitement, le rapport entre dispositifs de qualité et dynamique wébérienne de rationalisation des activités sociales. Ils montrent que les normes, les certifications ou les outils de gestion de la qualité sont susceptibles de porter l'essor de la formalisation, de la commensurabilité, de la calculabilité et de la prévisibilité à l'intérieur des organisations. Cette rationalisation peut également s'accompagner de formes bureaucratiques renouvelées et d'un contrôle hiérarchique réaffirmé. Il est donc nécessaire de nous interroger sur la *rationalisation* à l'œuvre à l'hôpital, en nous montrant attentifs à une pluralité d'effets possibles des indicateurs, tels qu'ils peuvent être repérés empiriquement : ces effets peuvent aussi bien être perçus positivement que négativement ; ils peuvent avoir été visés par les entrepreneurs de la rationalisation, ou se révéler inopinément dans le cours de l'action sociale. Ces travaux montrent que les indicateurs

sont susceptibles d'avoir des effets non seulement sur les relations des acteurs à l'intérieur des organisations¹, mais aussi sur le travail des acteurs, et sur leur cognition, c'est-à-dire sur leurs conceptions du travail ou de l'organisation. C'est donc en se montrant attentif à ces différents aspects qu'il faut étudier les effets locaux des indicateurs de qualité généralisés par l'Etat.

De plus, cette littérature est traversée par une tension centrale. A partir de questionnements et d'approches différents, tous ces auteurs s'interrogent, d'une manière ou d'une autre, sur la double dimension *contrainte* et *appropriée* des effets de la rationalisation ou de la normalisation par la qualité. Cette question est soulevée de manière provocante mais très stimulante par D. Segrestin : la normalisation de la qualité industrielle aurait-elle pour effet de « *réinventer d'un seul coup le taylorisme et la bureaucratie* » (Segrestin, 1996, p. 295) ? Ou plutôt, comme le montre cet auteur, de donner lieu à de multiples traductions et réappropriations locales qui aboutissent à un renforcement de l'autonomie des acteurs (Segrestin, 1996, p. 300) ? Cette tension est tout aussi palpable dans les travaux qui ont comparé secteur privé et secteur public du point de vue de la démarche qualité : « *il y a des démarches très néo-tayloriennes, menées d'une façon très autoritaire, avec menaces de licenciement à l'appui, dans des entreprises et dans le secteur sanitaire et social, tout comme il y a des démarches contraires dans ces deux secteurs.* » (Mispelblom, 1999). Cette même tension est au cœur des travaux qui se sont intéressés à la démarche qualité à l'hôpital, « *entre incantations managériales et traductions professionnelles* » (Fraisie et al., 2003), « *entre procédures et coopération* » (Herreros et Milly, 2006), ou « *entre contraintes et apprentissages* » (Benamouzig et al., 2010).

D'un côté, si l'on suit les conclusions de certains de ces auteurs, le déploiement de dispositifs d'évaluation de la qualité aboutirait plutôt à « *rationaliser la médecine sans [la] standardiser* » (Castel et Robelet, 2009), en laissant des marges de manœuvre importantes aux acteurs professionnels. Comme J. Gadrey l'a bien mis en évidence dans un article séminal (1994), cette question se pose tout particulièrement dans le cas des « services professionnels », pour lesquels « l'industrialisation » du travail et des organisations apparaît d'autant plus improbable que les acteurs professionnels en maîtrisent l'activité routinière. D'un autre côté, c'est bien la toile de fond d'une *rationalisation industrielle* ou *néo-managériale*, qui est mise en évidence dans les travaux consacrés au déploiement du « *New Public Management* » dans le secteur sanitaire (Batifoulier et al., 2013; Belorgey, 2010; Mas et al., 2011; Pierru, 2012). Selon ces auteurs, le déploiement d'instruments d'évaluation de la performance, opéré sous l'égide d'un Etat devenu « néolibéral », aurait pour conséquence de mettre les acteurs professionnels davantage sous la pression d'un « pouvoir néo-managérial » (Rolland et Sicot, 2012) et d'une concurrence économique accrue, menaçant l'autonomie professionnelle. Or, les études empiriques consacrées aux effets spécifiquement locaux de ce type de réformes sont trop rares

¹ Nous avons déjà eu l'occasion de montrer comment les IQ étaient mobilisés par certains acteurs dans leurs relations avec les autres (voir chapitres 7 et 8).

(Bergeron et Castel, 2014, p. 143). Ce chapitre s'inscrit dans ces réflexions. Dans quelle mesure les IQ constituent-ils des outils de rationalisation au service des professionnels ou les instruments d'une rationalisation néo-managériale ?

Plutôt que d'insister sur les nuances entre les cas, l'objectif est ici de mettre en évidence aussi clairement que possible les effets convergents des IQ d'Etat. En adoptant le mode d'analyse transversale déjà mobilisé dans le chapitre précédent, nous interrogerons successivement la dimension professionnelle (1) et la dimension industrielle (2) de la rationalisation. Ce dernier chapitre apportera ainsi sa réponse à la question centrale de cette troisième partie de la thèse : comment les indicateurs d'Etat affectent-ils les établissements de santé ? Nous soutiendrons que ces deux types d'effets locaux des indicateurs constituent en fait les deux faces étroitement imbriquées d'une même dynamique *institutionnelle* de rationalisation des activités hospitalières, qui est en train de transformer à bas bruit mais en profondeur l'hôpital.

1. Une dynamique de rationalisation professionnelle ?

La formalisation, la normalisation et le suivi des activités, par l'intermédiaire de dispositifs d'écriture et d'évaluation, sont des aspects classiques des démarches de rationalisation professionnelle (Gadrey, 1994, p. 172). Qu'il s'agisse de processus locaux ou de démarches institutionnelles des représentants en charge d'édicter les normes de la profession, ces rationalisations s'inscrivent dans l'histoire longue des professions. Une approche se voulant plus rationalisée des pratiques médicales s'est ainsi imposée progressivement depuis le début du XX^{ème} siècle, sous l'influence de « réformateurs thérapeutiques » (Marks, 1999). Dans son hétérogénéité, cette « *evidence-based medicine* » (Timmermans et Berg, 2003) entend améliorer l'efficacité des pratiques du soin, au bénéfice des professionnels. Elle fait partie de la démarche qualité à l'hôpital qui, dans sa « figure savante » (Robelet, 2002), est conçue pour équiper le jugement professionnel de nouvelles connaissances, de nouveaux outils et de nouveaux modes de raisonnement. Si l'on suit les conclusions des auteurs qui ont étudié le déploiement des protocoles de soin aux Etats-Unis ou des recommandations pour la pratique clinique en France, les dispositifs de qualité reposent sur le « support actif » (Timmermans et Berg, 1997, p. 292) des professionnels à l'échelle locale ; ils « normalisent » la médecine dans une perspective professionnelle, sans pour autant la « standardiser » dans une perspective industrielle ou managériale (Castel et Robelet, 2009). A travers leurs effets, les IQ participent-ils à une telle dynamique de rationalisation professionnelle ? Cette première section met cette thèse à l'épreuve, en étudiant la manière dont ces instruments déployés par les pouvoirs publics peuvent être appropriés de manière *autonome* par des acteurs du soin pour transformer leurs pratiques et leurs organisations selon des logiques professionnelles.

1) Mesure de la qualité et normalisation des pratiques professionnelles

Comme l'ont montré de nombreux travaux, les démarches d'évaluation chiffrée ont le pouvoir d'instituer (Desrosières, 1993, 2014) et de normaliser (Power, 1997) les catégories qu'elles prétendent décrire. « *Particular measuring, recording, and ranking processes help to make and remake phenomena they ostensibly describe* » (Espeland et Stevens, 1998, p. 338). « *Numbers create and can be compared with norms, which are among the gentlest and yet most pervasive forms of power in modern democracies* » (Porter, 1996, p. 45). En évaluant certains aspects des activités hospitalières, les indicateurs sont susceptibles de les transformer, voire de les constituer. Or, les critères mesurés par les différents IQ proviennent d'un ensemble de règles établies et validées en interaction avec les sociétés savantes médicales elles-mêmes¹. En évaluant la conformité des pratiques locales par rapport à des normes au moins en partie *professionnelles*, les indicateurs ne sont-ils pas susceptibles de renforcer l'emprise de ces dernières, au bénéfice d'acteurs en quête d'efficacité dans leurs pratiques ?

Un vaste mouvement de normalisation des pratiques à l'hôpital

Pour comprendre ce qui se joue autour des indicateurs, il faut d'abord rappeler que depuis plus de vingt ans, l'hôpital est marqué par un vaste mouvement de normalisation des pratiques professionnelles, largement porté par certaines disciplines médicales, au premier rang desquelles l'anesthésie-réanimation et les spécialités de cancérologie. Cette normalisation s'apparente à la formalisation de procédés préservant des marges de liberté pour les praticiens (Castel et Robelet, 2009). Les IQ sont ainsi introduits dans des établissements qui en sont déjà à un stade avancé de ce mouvement de normalisation, incarné localement dans une « protocolisation » croissante des activités, et une certaine homogénéisation des pratiques toujours accomplie « localement » et « en action » (Timmermans et Berg, 1997) par des professionnels qui font un usage « pragmatique » de la formalisation (Timmermans et Berg, 2003, p. 70). De nombreux acteurs professionnels ont vu cette évolution se déployer dans leur contexte de travail au fil des années, à l'image de ce cadre de santé.

« Les protocoles existaient déjà quand je suis arrivée en 1990. Mais chaque médecin avait le sien, il n'y avait pas de protocole commun [...]. Progressivement, on a travaillé sur des procédures communes, qui ont été mises en ligne sur notre logiciel. Ça nous a permis d'unifier, d'uniformiser la façon de travailler. Maintenant, tous les médecins ont sensiblement la même conduite à tenir... » (Cadre de santé à la maternité, entretien MO-12)

La plupart des professionnels qualifient ce mouvement comme un « progrès » dans la qualité et la sécurité des activités. En effet, cette normalisation constitue bien souvent une « ressource » pour les professionnels (Castel et Merle, 2002). Pour les acteurs qui sont « rentrés dans le jeu » de l'élaboration de ces protocoles, l'homogénéisation a permis « d'organiser » la prise en charge, de « codifier » les

situations compliquées, de « baliser » les pratiques, et de « simplifier » le travail, sans pour autant réduire l'autonomie du jugement professionnel.

« Quand on voit un truc un peu compliqué on est bien content qu'il y ait un protocole. Et dans ces protocoles on fait toujours attention de laisser de la marge de manœuvre. Si après on a une complication et qu'on n'a pas respecté un protocole, vis-à-vis des juges, on prend plein pot ! Donc il faut qu'il y ait des jeux possibles, ne serait-ce que parce qu'on travaille sur de l'humain, qui ne se laisse pas enfermer dans des cases... » (Obstétricien, entretien MO-8)

Cette homogénéisation des pratiques est porteuse de prévisibilité dans l'organisation du travail. Par exemple, une infirmière dans un service de chirurgie à l'Hôpital Saint Pierre explique qu'elle est rassurée de pouvoir consulter les protocoles de préparation du patient sur le logiciel de la clinique quelques jours avant une opération avec laquelle elle n'est pas familière. La démonstration « en temps réel » qu'elle fait de cette situation montre à quel point les protocoles informatisés sont aujourd'hui intégrés à sa routine professionnelle.

« [Faisant la démonstration à l'ordinateur] Quand je me dis "holala, je ne sais pas trop comment faire pour de ce truc", je vais dans "documentations" [clic] et puis je vais dans "soins par service et spécialité" [clic], dans "chirurgie adulte" [clic] et puis mettons ça va être une gynéco, du Dr C. [clic], et puis je vais avoir une célioscopie [clic], et voilà, "conduite à tenir pour une célioscopie", donc je me dis "tiens, ma patiente va arriver, il faut que je récupère une échographie, un bilan de coagulation, etc.", voilà j'ai tout mon protocole, je sais qu'avant l'intervention j'aurai ça, après j'aurai ça... » (IDE, chirurgie, entretien MO-15)

Plus généralement, une certaine homogénéité permet aux professionnels d'anticiper la manière dont leurs collègues vont mener les activités de soin, et d'être en mesure de se « passer le relais » de manière plus satisfaisante. Il en va non seulement de la qualité des prestations, mais aussi de la capacité des médecins à contrôler la cohérence du discours médical face à des proches en grande détresse, susceptibles de réinterpréter les propos des médecins ou de refuser certaines décisions médicales. Les protocoles permettent ainsi d'asseoir les décisions prises au niveau le plus local sur des règles de bonne pratique qui leur donnent un poids supplémentaire (Castel, 2005).

« L'intérêt de ces protocoles, c'est qu'ils assoient une décision médicale. S'il y a un problème, on peut argumenter. » (Médecin réanimateur, entretien SP-8)

A travers ce mouvement de normalisation, c'est une forme relativement classique de rationalisation professionnelle qui est à l'œuvre : elle permet aux soignants de gagner du temps et du confort dans leurs activités, de se rassurer (Castel, 2002, p. 346), de « capitaliser les expériences passées ayant fait leurs preuves » pour mieux faire face à des cas problématiques, et de « se placer en position plus favorable en termes de pouvoir » dans la relation avec les patients (Gadrey, 1994, p.173). En quoi les IQ d'Etat participent-ils à ce vaste mouvement ? La meilleure manière de le saisir consiste à interroger les effets locaux des indicateurs les plus anciens, généralisés dès 2005 par le ministère de la Santé, qui

¹ J. Gadrey qualifie de processus de rationalisation de type « institutionnel » le processus au cours duquel les représentants des professionnels délimitent les « méthodes certifiées », les « procédures appropriées » (Gadrey, 1994, p. 173), qui prennent la forme, dans le domaine médical, des recommandations de pratique établies par les sociétés savantes.

normalisent très sensiblement les pratiques d'hygiène et de prévention des infections. S'il serait exagéré d'affirmer que les IQ d'Etat sont à la source de ce mouvement de normalisation des pratiques, de nombreux indices montrent que ces derniers le *renforcent* de manière très convergente.

IQ et normalisation des pratiques d'hygiène

Les pratiques d'hygiène des professionnels se sont considérablement transformées au cours de la dernière décennie, au fur et à mesure de l'édiction de recommandations nationales sur le thème des infections nosocomiales, qui s'est imposé comme un « problème » crucial de l'activité médicale à l'hôpital depuis la fin des années 1990 (Carricaburu et Lhuilier, 2009). De manière similaire, les quatre établissements ont considérablement formalisé leur politique de lutte contre les infections nosocomiales, recruté des « équipes opérationnelles d'hygiène », ont composé des comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN). Cette dynamique d'organisation a porté des conséquences bien concrètes sur certaines pratiques professionnelles : les soignants ont appris à ne plus porter de bijoux susceptibles de véhiculer des « germes manu-portés » ; les pratiques de lavage des mains ont progressivement évolué dans le sens d'un usage soutenu de solutions hydro-alcooliques désinfectantes ; les protocoles de soin ont évolué pour limiter les infections nosocomiales.

« Par rapport au CLIN, aux infections, on a de plus en plus de protocoles bien précis, donc il a fallu s'y mettre rapidement ! [...] Hygiène des mains, pose de sondes vésicales, perfusions dans chambres implantables, pansements en quatre temps, toutes ces petites choses... Ca fait une quinzaine d'années à peu près que petit à petit... On a modifié notre façon de travailler. [...] C'est des petits gestes à réapprendre, à changer nos habitudes en fait. Changer la routine. » (IDE expérimentée, service de soins palliatifs, entretien E-21)

Dans les quatre établissements, cette tendance lourde est unanimement reconnue comme un « progrès » dans la prise en charge des patients par les différents acteurs professionnels¹. Elle ne va pourtant pas de soi : si cette « amélioration » n'affecte pas le cœur des pratiques médicales, elle passe par des changements de comportements *a priori* anodins mais néanmoins profondément ancrés dans les routines professionnelles. Dans ce cadre, les indicateurs du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales du Ministère ont joué un rôle actif pour vaincre les oppositions et donner de la force aux recommandations professionnelles.

Cette dynamique autour des indicateurs d'hygiène, repérée dans les quatre établissements, est tout particulièrement visible au CH du Terroir, où les hygiénistes ont activement utilisé les indicateurs pour faire évoluer les professionnels. Depuis la constitution de l'équipe opérationnelle d'hygiène en 2003, le médecin hygiéniste et la cadre de santé infirmière hygiéniste de l'hôpital s'attachent par exemple à convaincre les chirurgiens et les médecins anesthésistes du bloc opératoire de changer leurs pratiques de désinfection des mains. Il s'agit de veiller à l'application locale d'une recommandation de

¹ De manière révélatrice, même les acteurs du « dernier cercle » qui se sont révélés très critiques envers la démarche qualité et les indicateurs ont concédé une « amélioration » notable et salutaire sur ce point.

la société française d'hygiène hospitalière (SFHH) publiée en 2001, qui établit la supériorité de la désinfection des mains aux solutions hydroalcooliques par rapport au lavage chirurgical à la Bétadine. Non seulement la désinfection hydroalcoolique se révèle moins contraignante¹, mais elle est aussi jugée plus efficace, et donc susceptible de limiter les risques d'infections. Les experts de l'hygiène ne manquent donc pas d'arguments scientifiques, établis et validés par les sociétés savantes.

« Les études montrent qu'un lavage chirurgical [classique] produit un abaissement de 3 log des bactéries sur les mains, et avec gel on a un abaissement de 5 log. Donc c'est 1000 fois plus efficace ! Pour le gel hydro-alcoolique, on a une rémanence de 4h, alors qu'avec la Bétadine au bout de 20 minutes il y a recolonisation des mains par les bactéries. Donc il n'y a que des avantages ! » (Infirmière cadre hygiéniste, EOH, entretien T-11)

Pourtant, faire adhérer les professionnels du bloc opératoire s'est révélé difficile. Les chirurgiens et les anesthésistes, habitués depuis des années à des procédures différentes de lavage des mains, ont mis du temps avant de se « convertir » à cette nouvelle pratique. Le médecin responsable du pôle d'anesthésie, pourtant très engagé dans l'évaluation de la qualité, s'est révélé particulièrement réticent à adopter cette pratique « suspecte » au regard de sa formation initiale et de ses habitudes éprouvées.

« Je me suis heurtée à [l'anesthésiste responsable du pôle] qui m'a dit "non non moi j'ai appris le lavage de mains". Pour elle il n'y avait que ça, des lavabos partout ! [...] Donc je lui ai montré les recommandations nationales de la société française d'hygiène hospitalière. "Oui oui, peut-être que vous avez raison, Madame". "Mais vous savez, moi, je préfère quand même le lavage antiseptique des mains. Avec votre produit, je n'ai pas l'impression que j'ai les mains propres". » (Infirmière cadre hygiéniste, EOH, entretien T-11)

Après trois ans de « résistance » du responsable du pôle d'anesthésie malgré le travail argumentatif des hygiénistes, ce sont les indicateurs du ministère, publiés pour la première fois en 2006, qui ont déclenché le « basculement » de ce médecin : le « mauvais » score du CH du Terroir à l'indicateur ICSHA² (classement D) et le « ralliement » concomitant de la société française d'anesthésie-réanimation (SFAR) à l'usage des solutions hydro-alcooliques, à travers la publication d'une recommandation, ont permis de vaincre ses réticences. Ce dernier, aux côtés de l'équipe d'hygiène, s'est alors fait le promoteur du changement à l'intérieur de son pôle, qu'il a souhaité équiper en distributeurs de solutions hydroalcooliques. Œuvrant aux côtés de l'équipe d'hygiène, ce responsable de pôle a poussé ses collègues anesthésistes ainsi que les chirurgiens à transformer leurs pratiques, tout en portant « la bonne parole » auprès des personnels paramédicaux.

« Au niveau des solutions hydroalcooliques, on était ras les pâquerettes ! On nous avait inculqué le lavage des mains pendant des années, alors arrêter pour se passer le produit comme ça... Les anciennes infirmières, elles ont eu du mal. Alors en 2006, quand on leur a dit

¹ D'après l'équipe d'hygiène du Terroir, cette désinfection prend moins de temps que le brossage à la Bétadine pratiqué auparavant, et peut être réalisée de manière plus autonome ; contrairement au lavage à la Bétadine, cette désinfection ne nécessite pas d'eau filtrée stérile bactériologiquement contrôlée ; ces produits hydroalcooliques sont par ailleurs mieux tolérés par la peau que les savons antiseptiques utilisés auparavant.

² Pour rappel, cet indicateur évalue le volume de solutions hydroalcooliques acheté par l'établissement, rapporté aux journées d'hospitalisation. Il s'appuie sur les normes édictées à ce sujet par la société française d'hygiène hospitalière.

que les indicateurs n'étaient pas bons du tout au niveau de la qualité, ça les a bougées ! » (IDE, référente hygiène, pôle anesthésie bloc opératoire, entretien T-23)

La conversion de ce médecin, puis de son pôle, est loin d'être un cas isolé. Une évolution similaire des pratiques d'hygiène, étroitement articulée aux IQ d'Etat, est à l'œuvre dans les trois autres établissements d'enquête. Ces indicateurs contribuent ainsi à homogénéiser les comportements d'hygiène, dans le sens du respect de nouvelles normes professionnelles édictées par les sociétés savantes. La force sociale des IQ d'Etat, à l'échelle locale, provient à la fois de leur assise sur des savoirs professionnels (à travers les recommandations de bonne pratique), et des activités de portage dont ils font l'objet par les hygiénistes. En retour, ces indicateurs, labellisés à la fois par l'Etat et les sociétés savantes, donnent du poids à ces normes professionnelles. Si cette normalisation « prend » localement, c'est parce que les professionnels locaux eux-mêmes adhèrent à ces normes d'hygiène, et sont de plus en plus convaincus de leur légitimité en matière de qualité du soin.

« On est à l'ère de l'infection nosocomiale ! ICALIN, c'est les bases du métier ! Un établissement qui travaille salement, qui a un taux de nosocomial élevé, qui n'a pas d'hygiéniste pour travailler, qui n'a pas un CLIN actif... Il devient vraiment dangereux pour le patient ! Donc l'hygiène, c'est la priorité. » (Directrice des soins, entretien MO-4)

IQ et normalisation de la prévention des infections associées aux soins

Mobilisés aux côtés d'autres dispositifs de quantification, les indicateurs d'Etat ne permettent pas simplement de renforcer les normes professionnelles d'hygiène. Ils permettent aussi un travail local d'*objectivation* des infections, et, par-là, d'*institution* de leur prévention comme une activité professionnelle à part entière. En fournissant des données et en outillant les méthodes intellectuelles par lesquelles les professionnels peuvent réfléchir sur les risques, ces indicateurs s'apparentent à des outils cognitifs qui permettent des formes d'apprentissages (Moison [dir.], 1997). Dans les quatre établissements, c'est bien le fait de comptabiliser les infections qui amène à normaliser les pratiques visant à prévenir les risques.

Au cours des années 2000, les équipes de bloc opératoire des quatre établissements ont pris de plus en plus au sérieux les infections nosocomiales. La publication du tableau de bord d'indicateurs du ministère a joué un rôle crucial dans cette évolution : l'indicateur de surveillance d'infections du site opératoire (SURVISO) a poussé les chirurgiens et les anesthésistes à « déclarer » et à « suivre » de plus en plus leur taux d'infections nosocomiales par type d'acte opératoire¹. L'indice triennal « SARM » leur permet de suivre les taux d'infections au *staphylococcus aureus* résistant à la méticilline, antibiotique couramment utilisé dans les hôpitaux. Ces deux indicateurs permettent de se comparer aux « moyennes » nationales des établissements comparables, qui jouent de fait un rôle de

¹ Pour rappel, ce que l'indicateur SURVISO objective, c'est la mise en place par l'établissement d'une surveillance épidémiologique des patients après leur intervention chirurgicale. Les établissements sont accompagnés dans ce suivi des taux d'infections par les centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN).

« norme », afin de repérer d'éventuelles « déviations », de chercher à les expliquer et à les limiter. Comme l'expliquent les différents professionnels du bloc opératoire, la surveillance des infections nosocomiales se pratique dorénavant « en routine », et ce dans les quatre établissements.

« Dès lors qu'un malade est resté plus de 48h, il a sa fiche de suivi des infections. On sait combien de jour il a été exposé, s'il a eu une infection et à quel microbe. A la fin de l'année on a la statistique globale du service et on compare par rapport à tous les hôpitaux [du secteur]. On peut voir si ça évolue, ou pas. Et analyser. » (Médecin anesthésiste, entretien SP-10)

Evidemment, prendre l'habitude de déclarer les infections, de la plus grave à la moins grave, n'a pas été facile à accepter par tous les professionnels¹. Les chirurgiens se sont montrés tout particulièrement réticents, mais ont fini, pour la plupart, par se ranger aux arguments des experts qualité soulignant l'importance de pouvoir « faire la preuve » d'un suivi des infections « en cas de procès ». C'est notamment le cas de ce chirurgien orthopédiste de la Clinique des Erables, qui se montre par ailleurs très critique vis-à-vis de la démarche qualité, mais qui est rentré dans une logique « d'auto-évaluation ».

« Maintenant, je suis vigilant sur les infections. Comme je fais à peu près 80 prothèses [de la hanche] par an, et une infection par an, je me dis que je suis dans la norme nationale. Si sur 80, j'en avais deux ou trois, je me dirais "mince, il se passe quelque chose". Et ça, par contre, c'est important. [...] L'autoévaluation, demain, c'est ça qui va faire la différence. » (Chirurgien orthopédiste, entretien E-13)

Avec quelques années de recul, les professionnels du bloc opératoire des quatre établissements considèrent, presque à l'unanimité, que le suivi de ces deux indicateurs a permis de mettre en lumière l'existence et la fréquence des infections nosocomiales, auparavant largement ignorées par des praticiens enclins à considérer qu'il s'agissait d'événements isolés, liés aux caractéristiques des patients plus qu'aux questions de la prise en charge.

« Depuis qu'on les mesure, les infections du site opératoire, c'est une réalité ! Il faut les mesurer parce que ça met en exergue notre qualité de travail au bloc opératoire. Pour moi, ces indicateurs mesurent le fait qu'on a bien ou mal travaillé, et ce qu'il faut faire pour améliorer ». (Cadre de santé en chirurgie, entretien SP-19)

Si les pratiques n'ont pas changé du jour au lendemain au sujet des infections, la mesure de leurs taux est, à la fin des années 2000, considérée comme l'un des critères pertinents d'évaluation de la qualité du travail professionnel au bloc opératoire. Cette « petite révolution des mentalités », pour reprendre l'expression utilisée par l'un de ces praticiens, a des conséquences bien concrètes : à partir du moment où l'existence de ces infections associées aux soins est avérée par une mesure jugée fiable, il devient important pour les professionnels de comprendre l'origine des infections et de trouver des moyens de limiter les risques. Différentes démarches ont été initiées en ce sens dans les quatre établissements, où les comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ont pris en main le

¹ Si les déclarations d'infection sont en progrès dans les quatre établissements, des témoignages convergents mettent en évidence les limites de ces déclarations, qui ne sont encore pas systématiques, notamment lorsqu'aucun traitement n'est prescrit. Certains praticiens ont par ailleurs tendance à déléguer le travail de déclaration aux cadres de leur service.

travail d'objectivation des risques, d'analyse des causes et de transformation des pratiques. Au CH du Terroir, c'est tout un plan d'action qui a été organisé en direction des chirurgiens, avec l'aide des anesthésistes, et non sans lien avec les nouvelles pratiques d'hygiène à adopter au bloc opératoire. A l'Hôpital Saint Pierre, le CLIN est présidé par un médecin réanimateur qui s'est investi dans le suivi des infections, et relaye ses analyses auprès de ses collègues anesthésistes et chirurgiens. Dans les deux cliniques privées, ce sont des médecins anesthésistes et quelques chirurgiens influents qui relayent les conclusions et les plans d'action du CLIN en direction des praticiens libéraux au sein des « comités de bloc opératoire ».

Les effets concrets de ces divers « plans d'action » sont parfois difficiles à objectiver. Il arrive toutefois que le suivi des infections contribue directement à la normalisation des pratiques. Par exemple, à l'Hôpital Saint Pierre, l'année 2010 a été marquée par un taux d'infections supérieur aux années précédentes et à la « moyenne » des établissements comparables. L'analyse plus détaillée du CLIN a notamment révélé un nombre plus élevé que d'ordinaire d'infections pulmonaires contractées sous respiration artificielle dans le service de réanimation. Les réanimateurs ont alors constitué un groupe de travail qui a décliné les recommandations des sociétés savantes en un « protocole » de prévention de l'infection pulmonaire sous intubation à l'échelle du service, auquel ont été formés l'ensemble des professionnels concernés par l'intubation de patients. Second exemple : à la Clinique des Erables, les protocoles de « préparation cutanée de l'opéré¹ » ont été transformés et rapprochés des « recommandations de pratiques », pour réduire les risques d'infections, avec un certain succès.

« On a ressorti les recommandations, mis en forme des procédures avec le service qualité, ensuite, on l'a travaillé au bloc sur des techniques pour le mettre en pratique. J'ai formé et donné l'information. Et ça a porté ses fruits : on a fait un audit de pratique en fin d'année dernière, l'audit était positif. Et lors de l'assemblée générale du CLIN on a montré qu'on avait de très bons résultats en termes d'infection du site opératoire. » (Infirmier hygiéniste et IDE de bloc opératoire, entretien E-19)

Le suivi des taux d'infection, très directement lié aux indicateurs d'Etat SURVISO et SARM, est à l'origine d'apprentissages collectifs et de transformations de pratiques. Les indicateurs d'Etat participent à une rationalisation professionnelle de type *cognitif*, impliquant une formalisation des procédés de résolution de problèmes (Gadrey, 1994, p. 172), le recours à un répertoire de routines validées pour prévenir les infections associées au soin. Comme le résume avec humilité ce praticien :

« Bon, on n'a pas inventé la poudre, mais la mesure des infections ça nous a permis de bouger ! On a fait un nouveau protocole respiratoire dans le service... Donc on apprend. C'est vraiment une réflexion, qui change des choses. » (Médecin réanimateur, entretien SP-8)

Les exemples développés ci-dessus révèlent bien le *mode opératoire* par lequel les indicateurs contribuent à normaliser les pratiques professionnelles, de manière subtile mais décisive. Loin d'agir isolément et automatiquement, les indicateurs sont articulés localement à d'autres instruments

¹ Il s'agit de la conduite à tenir pour préparer le patient avant son opération (rasage, désinfection, etc.).

d'évaluation ; ils « équipent » et renforcent certains acteurs locaux, qui « prêchent » le changement de pratiques. Ces derniers s'appuient notamment sur la réactivité que suscitent de mauvais résultats aux IQ pour convaincre leurs pairs de changer certaines routines, et de mettre en œuvre les normes élaborées par les sociétés savantes. Ces normes professionnelles sont bien déployées sous la forme d'instruments bureaucratiques contraignants. Pour autant, leur dimension de contrainte ne les empêche pas de susciter des formes d'appropriation professionnelles relativement autonomes. Si les acteurs acceptent de changer leurs pratiques d'hygiène et de prévention des infections dans le sens d'une plus grande « conformité » aux normes professionnelles, c'est bien parce qu'ils en viennent à juger ces normes porteuses de « progrès » dans l'efficacité des prises en charge. Certaines pratiques des professionnels en viennent ainsi à se ressembler de plus en plus dans les établissements d'enquête, sans que ce changement ne signifie la fin de l'autonomie dans l'exercice des activités médicales ou la standardisation absolue des pratiques.

2) Mise en traçabilité et rationalisation de la coordination du travail de soin

Comme l'ont montré certains anthropologues à une autre échelle, le recours plus systématique à des dispositifs d'écriture peut transformer profondément les modes de raisonnement des acteurs et les formes d'organisation sociale (Goody, 1977). L'écrit, en traversant l'organisation, peut affecter profondément les relations de coopération ou de pouvoir entre les acteurs qui la composent (Cochoy et al., 1998; Segrestin, 1996). Le recours à une forme accrue de traçabilité des informations jugées utiles pour l'exercice et la pratique constitue d'ailleurs un aspect classique des démarches de rationalisation professionnelle (Gadrey, 1994). Comme l'ont montré d'autres travaux, les protocoles médicaux formalisés peuvent devenir des outils structurants de coordination des prises en charge (Timmermans et Berg, 2003). En quoi les indicateurs, dans la relation étroite qu'ils entretiennent avec la mise en traçabilité des pratiques, participent-ils à une rationalisation de la coordination du travail de soins ?

IQ et essor de la traçabilité des pratiques hospitalières

La formalisation des prises en charge s'est considérablement développée à l'hôpital depuis le début des années 2000, notamment sous l'impulsion du déploiement de la certification des établissements de santé. Dans les quatre établissements, les professionnels ont appris à tracer davantage leurs différentes activités, qu'il s'agisse de garder trace des jugements portés sur l'état de santé de leurs patients (comptes rendus cliniques, traçabilité des informations collectées par le personnel infirmier), des informations transmises sur les risques liés à l'activité médicale ou chirurgicale (consentement éclairé, information sur les risques anesthésiques), des actes pratiqués (compte-rendu opératoire, prescription de médicaments, compte-rendu de fin d'hospitalisation, etc.) ou encore des informations pour se coordonner entre professionnels et entre services. Pour se faire une idée du degré de traçabilité qui est aujourd'hui en vigueur dans les établissements de santé, on peut

suivre une partie de la longue description que propose, dossier patient en main, la cadre du service de cardiologie-pneumologie du CH du Terroir.

« Depuis dix ans, on trace de plus en plus de choses. Quand le patient arrive à l'accueil, on remplit cette fiche d'identification avec sa situation sociale. Puis on fait une observation clinique infirmière, pour voir leurs besoins. Et on note. Ensuite on note la personne de confiance [...]. On fait des bandelettes urinaires systématiquement pour voir si le patient n'est pas porteur d'infection. Et on trace. [...] Après il y a des surveillances spécifique à la cardio : aérosol, oxygène, saturation, le poids qui est très important chez nous [...]. Maintenant, il y a une obligation de bien faire apparaît le score de mesure de la douleur. [...] Après au niveau de la feuille de traitement, la prescription est toujours faite par le médecin, écrit, daté et signé par le médecin. Ensuite, on a ce document où on note tout ce qui est administration par injection, perfusions, sondes.... Prescriptions d'examens. Quand ils ont des pansements, on a une feuille que l'infirmière marque, avec la date pour refaire le pansement. [...] On a aussi tout ce qui est les autres prescriptions, tout ce qui est spécialiste : pansement, aérosol, oxygène, kiné, etc.... Feuilles de transmission des IDE. [...] Là on marque ce qu'on lui a fait à l'arrivée, où on en est. [...] Ensuite, tous les soins techniques qui sont faits au niveau du patient sont codés : surveillance, tension, pansement... [...] Tout ça c'est pour améliorer la prise en charge du patient. Tout est bien organisé. » (IDE faisant fonction de cadre, cardiologie-pneumologie, entretien T-22)

Ces propos montrent que ce sont quasiment toutes les activités qui donnent lieu à une écriture dans le dossier patient, support principal de la prise en charge. Ce n'est donc pas un hasard si l'évaluation du dossier a été placée au cœur des IQ déployés par la HAS. Ces indicateurs d'Etat participent très directement à cette mise en traçabilité discrète mais structurante des activités hospitalières. Les indicateurs de tenue du dossier patient (TDP), de tenue du dossier anesthésique (DAN) et de traçabilité de la douleur (TRD) jouent ici un rôle de premier plan. Tous trois mesurent en effet le taux de dossiers patients « conformes », à partir de l'évaluation de critères de traçabilité de certaines informations¹. Ce sont des instruments bureaucratiques contraignants qui jouent un rôle de premier plan dans la mise en traçabilité des pratiques.

De manière très convergente aux quatre établissements, cet essor de la traçabilité se traduit, depuis le milieu des années 2000, par une série de modifications des supports matériels de l'information, afin de mieux tracer les critères recensés et évalués par la certification et les IQ généralisés, afin d'améliorer le résultat à l'indicateur. Les exemples de rationalisations matérielles de ce type ne manquent pas. Au CH du Terroir, les médecins anesthésistes ont transformé la structure de leurs dossiers suite à des résultats jugés décevants à l'indicateur de tenue de leurs dossiers (DAN).

« C'est pas une évaluation des pratiques proprement dites. C'est plus la traçabilité. Il y a des choses qui ont été changées dans le dossier d'anesthésie. Avant, si on n'avait aucun événement spécifique lors d'une anesthésie générale, on ne marquait rien. Or, il y a eu une exigence de marquer "rien ne s'est passé". Donc on a rajouté une case marquée "complication : RAS". Au

¹ Pour rappel, l'indicateur TDP évalue la présence d'une série de pièces dans les dossiers patients (document médical relatif à l'admission, examen médical d'entrée, rédaction des prescriptions médicamenteuses, compte rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval, etc.). Il en va de même pour l'indicateur DAN qui évalue le dossier anesthésique (identification du patient sur toutes les pièces du dossier, identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase pré-anesthésique, mention de l'évaluation du risque anesthésique, mention de l'évaluation des conditions d'abord des voies aériennes supérieures en phase pré-anesthésique, etc.). L'indicateur TRD évalue quant à lui la traçabilité d'une mesure chiffrée de la douleur dans le dossier du patient.

niveau de la traçabilité, on a fait des progrès. » (Médecin anesthésiste réanimateur, chef de service et responsable de pôle, entretien T-17)

Au Terroir, la progression à l'indicateur TDP constitue aussi l'objectif du groupe de travail qui a pris en charge l'amélioration du dossier patient. A l'Hôpital Saint Pierre, c'est la structure des dossiers du patient des différents services qui est progressivement reprise et « harmonisée » sous l'égide de la responsable qualité, pour veiller à la présence de toutes les pièces administratives et soignantes devant être transmises au médecin traitant à la fin de l'hospitalisation, dans le but d'avoir un dossier conforme aux critères de l'indicateur de tenue du dossier patient (TDP). Dans les quatre établissements, mais tout particulièrement dans les deux cliniques privées, l'accent est mis depuis le milieu des années 2000 sur l'amélioration de la traçabilité des prescriptions médicales, jugée insuffisante à travers les différents IQ généralisés par la HAS. C'est notamment dans cet objectif que les deux cliniques ont informatisé leurs dossiers patients, afin de les normaliser et de systématiser la collecte des informations et des prescriptions médicamenteuses. Les documents utilisés dans les blocs opératoires des quatre établissements ont aussi été modifiés pour intégrer des procédures améliorées d'identification des patients, afin de limiter le risque d'« erreur de côté » lors des interventions chirurgicales, très rares mais gravissimes dans leurs conséquences.

Evidemment, cet essor de l'écrit implique un travail formel associé à une forme de « sale boulot » administratif, qui ne se fait pas accepter du jour au lendemain, ni sans susciter de tensions : les acteurs professionnels sont nombreux à dénoncer les « effets pervers » ou les « dérives bureaucratiques » de cette mise en traçabilité¹. La plupart des professionnels, même parmi les plus critiques, considèrent toutefois que cette dynamique ne se limite pas à sa dimension purement « administrative » et « formelle », mais constitue bien une forme de « progrès » dans la pratique.

« Ces indicateurs [d'évaluation du dossier patient] permettent de voir un petit peu ce qu'on attend de vous, les exigences d'un dossier médical, les choses sur lesquelles on passe un peu rapidement... Ça permet de voir où est-ce que vous n'êtes pas bons ! » (Médecin pédiatre, pôle mère-enfant, entretien T-12)

Deux ensembles de raisons contribuent à cette perception professionnelle de la mise en traçabilité comme un « progrès », qui engage les acteurs à faire de la contrainte une ressource.

La valorisation de pratiques tracées par les IQ

Certains aspects longtemps considérés comme « périphériques » des activités de soin prennent de l'importance dès lors que leur trace écrite dans le dossier patient fait l'objet d'une évaluation ciblée par un indicateur. A travers un mécanisme bien identifié dans la littérature, la « commensuration » renforce et transforme l'attention portée sur les informations évaluées (Espeland et Sauder, 2007, p. 16). Ce qui est « mesuré » en vient à « compter » davantage (Bevan et Hood, 2006) aux yeux des

¹ Nous serons amenés à revenir sur cet aspect dans la seconde section de ce chapitre.

professionnels, qui reconnaissent l'intérêt de ces pratiques auparavant trop souvent délaissées. Les IQ d'Etat portent la mise en traçabilité d'aspects des activités qui sont tout sauf accessoires en matière de qualité des prises en charge, et qui touchent même, pour certains, le cœur des pratiques médicales.

C'est d'abord le cas de l'écriture rigoureuse et précise des prescriptions médicamenteuses, qui fait l'objet d'une évaluation à travers l'indicateur de tenue du dossier patient (TDP). Pendant longtemps, la traçabilité des prescriptions a été négligée au profit d'autres dimensions plus nobles de l'activité médicale. Dans les quatre établissements, des acteurs dépeignent les pratiques « traditionnelles » de médecins pratiquant des prescriptions orales ou des prescriptions écrites peu lisibles, laissant parfois le soin aux personnels infirmiers d'interpréter les fréquences ou les dosages, avec des « conséquences terribles » sur la qualité des prises en charge. Depuis une dizaine d'années, une traçabilité plus rigoureuse des prescriptions s'impose progressivement dans les quatre établissements de santé. Les soignants perçoivent cette évolution comme une amélioration indéniable de la pratique. La directrice qualité des Erables en témoigne avec enthousiasme, en soulignant le progrès que représente cette évolution pour les médecins eux-mêmes.

« En quelques années, on est passé de la prescription orale à une prescription systématique, datée. Quand on connaît le monde des médecins, on a fait un grand pas ! Quand on ressort un dossier patient, tout le monde est content de dire, "il y a cinq six ans qu'il a été pris en charge, et je sais qu'il a eu ça, ça et ça". Alors que quand on avait des prescriptions orales, on reprenait en charge des patients sans savoir. » (Directrice qualité, entretien E-5)

C'est ensuite le cas de l'évaluation chiffrée de la douleur par les soignants, évaluée par l'indicateur TRD. Dans les quatre établissements, le fait de tracer l'évaluation de la douleur a eu pour conséquence de systématiser cette pratique d'évaluation. C'est particulièrement visible à l'Hôpital Saint Pierre, où le comité de lutte contre la douleur (CLUD) s'est mobilisé suite à un très mauvais score de l'établissement à l'indicateur, qui a profondément choqué des professionnels pourtant persuadés d'avoir une « culture » de la douleur liée à la philosophie humaniste de l'établissement et à sa spécialisation dans la prise en charge des « grands brûlés ». Le CLUD n'a pas seulement transformé le dossier infirmier pour permettre de tracer systématiquement l'absence de douleur : il a également organisé la mobilisation et la formation des IDE en matière d'évaluation de la douleur, contribuant à faire de cette pratique un aspect central et systématique du travail infirmier.

« Avant, on demandait, mais c'était moins systématique. Maintenant qu'on trace, on mesure la douleur comme on prend la tension, en fait. A chaque tour qu'on fait, on demande au patient s'il a mal, et s'il a mal, on lui donne un médicament. Pour moi, en tant qu'infirmière, ça fait partie des trucs super importants ! » (IDE en médecine interne, entretien SP-22)

C'est également le cas de l'indicateur concernant la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (RCP), qui évalue sa traçabilité dans le dossier patient. Comme l'expliquent les praticiens ayant participé à structurer les activités cancérologiques de leurs établissements, cet indicateur a contribué à systématiser la tenue de ces réunions jugées essentielles.

« Vérifier que le patient est passé en RCP, que c'est BIEN fait, vérifier que les patients ont bénéficié d'un entretien avec une infirmière, du dispositif d'annonce... C'était pas forcément en place. Et là, l'indicateur nous aide, en disant qu'on est obligé d'avoir cette information, parce qu'il faut qu'on remplisse l'indicateur... Du coup, on a un levier sur les praticiens : "il faut le faire"... Là on est vraiment dans l'amélioration des soins ». (Médecin gastro-entérologue, entretien MO-11)

Par ailleurs, la participation de professionnels au recueil des indicateurs peut jouer un rôle majeur dans la mise en place de nouvelles pratiques. Par exemple, au CH du Terroir, un médecin cardiologue, par ailleurs chef de service et de pôle, a accepté d'aider le médecin hygiéniste dans l'évaluation des dossiers pour l'indicateur de qualité de la prise en charge de l'infarctus du myocarde en phase aiguë (IDM). Le cardiologue a « pris conscience » à cette occasion des carences de son service en matière de pratiques de « prévention » des risques, dont aucune trace n'a pu être retrouvée dans les dossiers tirés au sort. Ce médecin a alors rapidement systématisé les « consultations hygiéno-diététiques » et le « suivi lipidique » pour les patients, afin de les conseiller en matière d'alimentation, de consommation alcoolique et tabagique. La participation au recueil est ici directement suivie de la mise en place d'une pratique de prévention de pathologies cardiaques, qui est loin d'être accessoire du point de vue de la prise en charge de la maladie.

Les indicateurs ne sont évidemment pas les seuls dispositifs à porter cette évolution vers davantage de traçabilité. Ils sont mobilisés en parallèle de démarches portées par certaines sociétés savantes et réseaux de soins, en gynéco-obstétrique, en anesthésie-réanimation ou encore en cancérologie. A la maternité de la Clinique Mont d'Or par exemple, le réseau de périnatalité régional auquel participe l'établissement est l'un des vecteurs de la traçabilité, condition nécessaire à l'analyse des causes d'événements problématiques lors des revues de morbidité (RMM) du réseau.

« On a des critères qu'on doit déclarer. Quand on a un bébé qui est mort-né, ou quand on a un bébé qui est muté en néo-natalité, on a une fiche spécifique qu'on faxe au réseau. Et après on nous demande si on veut présenter ce dossier ou pas à la revue de morbidité. » (Cadre de santé à la maternité, entretien MO-12)

Le réseau a ainsi incité les gynéco-obstétriciens à mesurer et à tracer certaines informations qu'ils avaient tendance à considérer dans leur routine professionnelle comme peu utiles, mais qui permettent en fait, lorsqu'elles sont relevées avec régularité et mises en regard de ces cas problématiques, de déceler des problèmes médicaux très importants.

« Très souvent, la hauteur utérine n'était pas tracée par les médecins. Et la hauteur utérine ça nous permet de voir l'évolution du poids fœtal, pour voir s'il y a un retard de croissance ou pas. Le réseau de périnatalité nous a montré qu'on était déficient là-dessus. Depuis, les médecins font bien attention à bien noter la hauteur utérine au niveau de l'échographie, à bien noter la courbe de poids. » (Cadre de santé à la maternité, entretien MO-12)

Ces différents exemples montrent bien comment des usages professionnels de l'évaluation entrent en tension avec la dimension contraignante et normative des instruments introduits dans les établissements par l'Etat. L'obligation ou l'injonction est bien souvent à l'origine de « prises de conscience » et d'adhésions qui donnent lieu à des appropriations professionnelles plus autonomes.

Pour les acteurs du soin, la mise en traçabilité des informations induite par les indicateurs permet d'instituer et de normaliser certaines pratiques individuelles, d'une manière finalement assez similaire au processus décrit autour des indicateurs du tableau de bord du Ministère. Mais cette mise en traçabilité est aussi porteuse d'un second type de rationalisation, plus spécifiquement collective.

Une traçabilité au service de la continuité des soins

La traçabilité des informations constitue également une condition nécessaire à la continuité des soins entre les différents acteurs qui collaborent à la prise en charge. Les principaux IQ généralisés par la HAS, à travers la traçabilité, évaluent en fait le « partage d'informations » lors de l'hospitalisation, qui se révèle être un enjeu crucial dans les établissements. A partir de leur expérience quotidienne, les praticiens sont bien conscients que de nombreux problèmes de prise en charge proviennent moins d'un manque de qualification dans les actes du soin que d'une faille aux interfaces entre les différents acteurs qui doivent coopérer dans la prise en charge.

« Dans son parcours de soins, le patient il passe dans des tas de cases. A l'intérieur de ces cases, à quelques exceptions près, on a les compétences ! Le problème c'est les interfaces entre ces cases. Pour moi, c'est ça la qualité. » (Chirurgien urologue, entretien SP-18)

A travers des exemples fictifs ou des anecdotes bien réelles, de nombreux professionnels des quatre établissements soulignent de manière très similaire à quel point la traçabilité des informations est un gage de lisibilité et de prévisibilité dans le « passage de relais » entre les différents acteurs. Toutes les interfaces hospitalières sont concernées.

En premier lieu, la traçabilité des informations est cruciale pour se coordonner entre professionnels à l'intérieur d'un service de soin. De manière unanime, les infirmières soulignent l'importance de la traçabilité précise des prescriptions médicales, non seulement pour prévenir les erreurs d'administration de médicaments, mais aussi pour qualifier les responsabilités médico-légales en cas de problème dans la prise en charge. Inversement, la traçabilité de l'évaluation de la douleur des patients, mesurée par les infirmières, se révèle capitale pour la coordination de la prise en charge de cette douleur par les médecins du service ou par les autres infirmières.

« Tracer, ça permet que... Si jamais on n'a pas le temps de le dire directement au médecin qu'un patient a mal, quand le médecin voit les carnets avec les tensions, maintenant qu'il y a aussi la douleur d'écrite... Eh bien quand le patient est très douloureux, le médecin peut mettre en place un médicament. Ça permet de transmettre l'information... » (IDE, service de médecine interne, entretien SP-22)

Même la coordination entre praticiens d'une même spécialité, qui pourrait pourtant sembler aller davantage de soi, n'est jamais acquise, comme le souligne ce chirurgien.

« Un patient qui arrive en chirurgie, qui a vu cinq médecins, compétents, dévoués, qui ont envie de se défoncer pour lui... Sauf que si la transmission s'est faite au téléphone et a été merdique parce que l'un était en train de courir, il y a un truc biologique que l'un n'a pas vu et que l'autre ne lui a pas demandé... C'est de la non qualité ! Il faut que les informations puissent être transmises avec précision. » (Chirurgien urologue, entretien SP-18)

De la même manière, les anesthésistes des quatre établissements considèrent que la traçabilité des risques anesthésiques dans le dossier du patient est un point cardinal de la coordination du travail professionnel à l'intérieur du service. La traçabilité se révèle également capitale pour assurer la cohérence des informations données par les médecins du service aux patients ou à leurs proches. Les cancérologues à la Clinique des Erables considèrent qu'il est salutaire que la « consultation d'annonce » de la maladie en cancérologie soit davantage formalisée et tracée qu'auparavant. Il en va de même dans le service de médecine interne de l'Hôpital Saint Pierre, qui prend en charge des patients dont le diagnostic est parfois difficile à établir : il est alors crucial de pouvoir lire dans le dossier ce qui a déjà dit ou n'a pas encore été dit par les autres praticiens. Le même principe prévaut également dans le service de réanimation, où l'information aux familles des patients dans un état de santé préoccupant est parfois difficile.

« Quand on voit une famille, on trace, on écrit "voilà ce qui a été dit à la famille, les complications ont été évoquées", c'est utile pour le médecin qui arrive après... La traçabilité c'est un repère interne, pour se coordonner ». (Médecin réanimateur, entretien SP-14)

En deuxième lieu, la traçabilité des informations du dossier est présentée comme cruciale dans la coordination du travail entre les différents services de l'établissement. Pour les professionnels, il est important de retrouver les informations fournies par le laboratoire, ou la radiologie, telles qu'elles sont évaluées par l'indicateur de tenue du dossier (TDP). Il est aussi utile de pouvoir suivre les prises en charge par des intervenants extérieurs (kinésithérapie, suivi nutritionnel, ou encore assistance sociale). Dans le cas des patients entrés par le biais du service des urgences, il est essentiel de transmettre les informations essentielles des premières heures ou premiers jours de prise en charge. Au CH du Terroir et, plus encore, à l'Hôpital Saint Pierre, les services d'urgence ont considérablement fait évoluer les documents transmis aux autres services. Dans certains cas extrêmes, ce sont des informations aussi incontournables que l'opportunité de réanimer un patient dans un service de cardiologie qui, si elles se révèlent manquantes, peuvent être à l'origine de graves problèmes dans la prise en charge.

« Si une information essentielle sur la prise en charge n'est pas clairement écrite dans le dossier, que ce patient présente une complication qui nécessite l'intervention de la réanimation... La première des choses que fait la réa, c'est d'essayer de savoir s'il faut réanimer ou pas. Or, c'est un moment très bref, et si les médecins qui sont censés s'occuper de ce patient ne sont pas là au moment où la question se pose... Si rien n'est écrit sur le dossier, la réa elle peut faire des tas de conneries ! Donc ces indicateurs, ça a des conséquences ! Ils permettent de faire évoluer la transmission de l'information. C'est en ça qu'ils sont intéressants » (Médecin cardiologue, entretien SP-17)

En troisième lieu, c'est finalement la coordination du travail de soin avec l'extérieur que les uns et les autres disent dépendre de la bonne traçabilité des informations dans le dossier patient, et de leur transmission en temps et en heure aux médecins traitants ou aux établissements d'aval. Si la traçabilité des informations et le respect des délais « administratifs » dans la transmission des documents sont des tâches parfois ingrates et pénibles, dont les médecins se déchargent au maximum sur leurs secrétaires médicales, la coordination avec les structures de soins de suite et de réadaptation est un véritable

enjeu, notamment dans le pôle gériatrique et dans les services chirurgicaux du CH du Terroir, habitués à prendre en charge des personnes âgées parfois précarisées et peu entourées. La traçabilité des traitements prescrits par la médecine de ville aux patients arrivant à l'hôpital est également une information essentielle pour éviter la rupture des traitements, ou la prescription de médicaments incompatibles pouvant être à l'origine de problèmes graves. En ce sens, l'indicateur de « délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation » (DEC), s'il est critiqué dans les quatre établissements pour le caractère manichéen de l'évaluation qu'il produit, sans forcément tenir compte de la dynamique de progression, est reconnu comme vecteur d'un progrès de la prise en charge transversale.

Evidemment, les différents professionnels n'ont pas attendu les indicateurs d'Etat pour se coordonner, par l'intermédiaire de « notes » ou de « *post-it* », d'appels téléphoniques, de réunions ou d'échanges informels qui ont encore souvent leur préférence. La plupart des acteurs saluent toutefois l'évolution en cours vers une « systématisation », une « formalisation », une « codification » de cette traçabilité des informations, qui jouent dans le sens d'une rationalisation de la *coordination* du travail de soin. La contrainte qui s'exerce sur les activités professionnelles à travers ces IQ d'Etat est reconnue, dans une certaine mesure, comme légitime. Si ces instruments suscitent une certaine adhésion chez les acteurs professionnels, c'est parce que cette rationalisation offre davantage de confort, de sécurité, et finalement de prévisibilité à l'exercice du travail professionnel, du moins pour ceux qui l'acceptent. La force de ce mouvement de mise en traçabilité provient largement du fait qu'il en vient à protéger ceux qui « jouent le jeu », alors que ceux qui lui résistent peuvent être incriminés au moindre problème. Pour autant, cette rationalisation ne lève évidemment pas toutes les difficultés : bien amorcée à la fin des années 2000, elle reste loin d'être « aboutie ». Elle est également porteuse d'effets pervers au sens des professionnels, qui seront analysés dans la seconde section du chapitre.

3) L'enracinement local d'une approche « *evidence-based* » des activités médicales

De nombreux auteurs ont mis en évidence l'essor d'une approche visant à transformer la médecine clinique en une pratique plus « scientifique » (Berg, 1995). Ancrée dans des dynamiques professionnelles de long cours, cette « *evidence-based medicine* » (EBM) s'est imposée de manière croissante dans les dernières décennies du XX^{ème} siècle (Timmermans et Berg, 2003), aux côtés et souvent au détriment d'approches plus empiriques de « l'art » médical, qui n'ont pas totalement disparu pour autant (Dodier, 1993; Fillion, 2009). Si le déploiement de l'EBM est une dynamique complexe aux « dimensions plurielles » (Bergeron et Castel, 2014, p. 144), trois aspects majeurs de cette évolution au long cours peuvent être distingués. Elle repose d'abord sur l'essor de méthodes plus quantitatives de validation des pratiques cliniques, appuyées sur des raisonnements épidémiologiques et des techniques statistiques, comme les essais cliniques randomisés (Dodier et Barbot, 2000; Marks, 1999). Elle se traduit ensuite par des modes de pratique plus formalisés, portés par le déploiement d'outils techniques d'aide à la décision médicale : standards, *guidelines*, recommandations pour la

pratique clinique ou protocoles fondés sur des données scientifiques jugées probantes (Berg, 1997; Castel et Robelet, 2009; Timmermans et Berg, 1997). Elle est également porteuse d'un mode plus collégial d'exercice de la pratique médicale, reposant sur des *peer reviews* en matière de diagnostic ou d'évaluation des pratiques professionnelles (Boyd, 1998; Castel et Dalgarrondo, 2005; Castel, 2002). Dans quelle mesure les IQ, dans l'interaction qu'ils entretiennent avec d'autres dispositifs, contribuent-ils à enraciner localement cette « nouvelle » approche de la médecine diffusée à une échelle très globale ?

Les indicateurs, ou l'essor d'une approche plus transversale du soin

En véhiculant des raisonnements nouveaux au sein des hôpitaux, les indicateurs ont un effet propre sur la cognition des acteurs professionnels locaux. Ils contribuent à porter une approche plus transversale du soin dans des pratiques médicales, pendant longtemps conçues plutôt à l'aune du bénéfice individuel pour le patient, s'apparentant à ce que d'autres auteurs ont qualifié comme un « *shift from pathophysiology to epidemiology* » (Timmermans et Kolker, 2004, p. 183). Cet enracinement d'une approche du soin plus proche de l'épidémiologie et de la santé publique est tout particulièrement visible dans la manière dont l'indice composite de bon usage des antibiotiques (ICATB) contribue à transformer les pratiques de prescription d'antibiotiques.

Dans le cadre d'une politique nationale qui cherche à limiter la consommation¹, cet indicateur objective le niveau d'engagement de l'établissement de santé dans une stratégie d'optimisation de l'efficacité des antibiotiques². Depuis quelques années, les quatre établissements mesurent leur consommation et la comparent aux moyennes des établissements comparables. Pour les praticiens, réduire le volume d'antibiotiques prescrits implique de cesser de raisonner uniquement en termes de « bénéfice individuel » pour un patient singulier (maximiser les chances d'éviter une infection), afin d'intégrer un risque par nature collectif (éviter l'émergence de germes résistants, pouvant causer des infections graves à d'autres patients). La mise en regard des taux d'infection et des évolutions de consommation d'antibiotiques permet de développer un raisonnement de nature épidémiologique à l'échelle locale, bien décrit par ce président du comité de lutte contre les infections nosocomiales.

¹ La consommation d'antibiotiques, jugée trop élevée à l'échelle nationale, joue un rôle important dans le développement de bactéries multi-résistantes. Elle entraîne également une pollution de l'environnement. Dans un cadre devenu réglementaire avec trois plans pluriannuels ministériels, les recommandations nationales préconisent de rationaliser la prescription d'antibiotiques dans les établissements de santé, ce qui implique de trouver un équilibre entre les objectifs de bénéfice individuel (pour le patient infecté) et bénéfice collectif (pour limiter l'émergence de bactéries résistantes). Le dernier « plan antibiotiques » fixe un objectif chiffré en matière de réduction des consommations : -25% d'ici 2016. Cet indicateur entretient, en outre, une forte affinité avec les critères mis en avant par le « contrat de bon usage des médicaments » (CBU), déployé par les Agences régionales, et qui a des implications financières pour les établissements.

² Cet indicateur évalue l'organisation de l'établissement, les moyens mis en œuvre, et les actions plus ponctuelles. Dans les établissements d'enquête, c'est le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) qui a pris en charge, en lien étroit avec les pharmaciens, le suivi quantifié des prescriptions d'antibiotiques et la « stratégie d'optimisation ».

« On ne regarde plus les microbes dans un coin, comme ça pouvait être le cas auparavant. Maintenant, on a une vision globale ! On contrôle d'un côté les bactéries multi-résistantes, de l'autre côté on calcule comment on consomme de l'antibiotique. Et les deux sont liés : il faut diminuer l'utilisation d'antibiotiques pour diminuer la résistance des germes et les infections... [...] Ces indicateurs nous ont permis de prendre des mesures transversales. » (Médecin réanimateur, président du CLIN, entretien SP-14)

Si le président du CLIN de l'Hôpital Saint Pierre se montre sensible à cette question, c'est que son établissement est particulièrement concerné, du fait d'un volume de prescriptions d'antibiotiques supérieur à la moyenne¹. Faisant ce constat problématique, les membres du CLIN ont constitué un groupe de travail pour comprendre les causes de cet écart, qui a amené l'établissement à modifier certaines antibiothérapies, notamment celles prescrites pour les patients atteints de « pneumopathies communautaires », pathologies couramment prises en charge aux urgences. Après avoir identifié les critères problématiques par rapport aux recommandations, les réanimateurs ont profondément remanié le guide d'antibiothérapie, et changé certaines pratiques qui sont loin d'être anodines.

« On a supprimé [un des antibiotiques]. On le prescrivait, parce que la réaction confirmait le diagnostic, mais ça coûte très cher, et ça ne change rien pour le traitement du malade. [...] L'antibiothérapie, dans les recommandations, c'était 7 jours, nous c'était 10 jours, donc on pouvait faire 3 jours de moins ! 3 jours où le patient pouvait sortir plus tôt, 3 jours où on ne met pas d'antibiotiques, avec leurs coûts, 3 jours sans effet secondaire... Aujourd'hui la pharmacie stoppe la délivrance des médicaments à 7 jours. Sauf si c'est argumenté. » (Médecin réanimateur, entretien SP-8)

Ce propos révèle bien la normalisation des pratiques à l'œuvre en matière de prescriptions, concomitante de l'émergence d'une approche plus transversale de la prise en charge dans le cas de cette pathologie. Il s'agit de ne plus prescrire de fortes doses d'antibiotiques au nom de la meilleure protection pour « le » patient, ni de privilégier les pratiques capables de confirmer intellectuellement les médecins dans leur diagnostic, mais bien d'intégrer dans le raisonnement deux enjeux transversaux : la diminution des prescriptions d'antibiotiques, et leurs coûts pour l'hôpital. Evidemment, il ne suffit pas de transformer les protocoles pour normaliser les pratiques du jour au lendemain. Les indicateurs ont toutefois joué un rôle direct dans la « sensibilisation » d'acteurs clé à l'intérieur de l'établissement, en permettant notamment de « convertir » une pneumologue qui s'est faite, à son tour, le relais de cette normalisation des pratiques.

« C'est pas facile de faire changer les comportements des médecins ! Mais ça y est, certains y sont arrivés. Il a fallu un message fort... Ce qui a joué aussi, c'est qu'une des pneumologues est venue aux commissions du CLIN, où on a présenté des études sur les indicateurs, ICATB, les risques de résistance, et tout ça l'a beaucoup sensibilisée... Donc oui ça a changé des choses ! » (Médecin réanimateur, entretien SP-8)

Cette démarche et d'autres actions du CLIN ont d'ailleurs fini par avoir des conséquences quantifiables à l'intérieur de l'établissement, puisque la consommation d'antibiotiques est en net recul à l'intérieur de l'établissement, comme le relève avec une certaine fierté le président du comité.

¹ L'établissement suit ses prescriptions d'antibiotiques depuis cinq ans, par l'intermédiaire d'un outil informatique.

« A force de prêcher... On est passé de +0,8% la première année à -17% l’année dernière... [...] Pas de fausse modestie : peut-être qu’on a bien travaillé ! [...] Il y a encore énormément à faire, mais il y a une évolution. [...] Il faut mettre les professionnels dans les clous hein... Je crois qu’on n’a plus le droit de faire n’importe quoi. Ça, c’est terminé. » (Médecin réanimateur, président du CLIN, entretien SP-14)

ICATB contribue à « mettre les professionnels dans les clous » des critères de santé publique, en intégrant au cœur des pratiques médicales individuelles des préoccupations plus transversales. Si c’est particulièrement le cas à l’Hôpital Saint Pierre, initialement « mal noté », une dynamique similaire, quoique plus embryonnaire, se retrouve dans les trois autres établissements.

Suivre l’exemple de cet indicateur nous a permis de qualifier ce processus avec une certaine netteté. Pour autant, ICATB n’est pas le seul indicateur d’Etat à œuvrer à ce changement, que l’on peut lire également dans les développements précédents. En matière d’hygiène, les praticiens ont dû s’en remettre à des études épidémiologiques soutenant la supériorité des solutés hydroalcooliques dont la consommation est évaluée par l’ICSHA, parfois contre leur intuition empirique en faveur de désinfections plus « spectaculaires ». La comptabilisation des infections associées aux soins, encouragée par l’indicateur SURVISO, transforme la vision que les chirurgiens ont de leur art, les obligeant à s’intéresser non plus seulement au cœur de leur compétence (l’accomplissement du geste chirurgical), mais aussi au processus d’ensemble de prise en charge au bloc opératoire. C’est au nom de la coordination de la prise en charge que les praticiens acceptent de mobiliser du temps et de l’énergie dans l’écriture d’informations évaluées par les IQ, qui ne seront pas forcément directement utiles dans leur activité individuelle, mais pourront servir à d’autres au cours du processus de soin. Non sans heurts, les médecins sont en train de changer certaines routines professionnelles pour faire une place à ces questions transversales dans leurs pratiques quotidiennes individuelles. Si l’on en croit S. Timmermans et E. Kolker (2004), ce processus cognitif constitue l’un des principaux effets du déploiement de l’*evidence-based medicine* : « *The turn to epidemiology signifies a reconfiguration of the medical knowledge base, offering a different ontological and epistemological underpinning of medicine* » (p. 188). Ce mouvement trouve l’une de ses sources dans les instruments contraignants déployés par l’Etat, qui donnent lieu à des appropriations locales par les acteurs professionnels.

Les EPP, ou l’essor d’une évaluation quantitative des pratiques professionnelles

Le recours à l’évaluation quantitative constitue une autre dimension importante de l’*evidence-based medicine*. Pourtant, comme le résume très clairement ce médecin réanimateur investi dans les démarches d’évaluation de son établissement, « s’évaluer » ne va pas du tout de soi pour des praticiens qui ont été formés surtout à l’exercice clinique et au jugement assis sur l’expérience.

« Sortir de la ligne et faire de l’auto-évaluation, se regarder faire... S’observer un petit peu... C’est quelque chose qui était complètement en dehors des mentalités des médicales... [...] C’est des gens très particuliers les médecins, qui se pensent un peu au-dessus de tout. Donc c’était une démarche complètement nouvelle... » (Médecin réanimateur, entretien SP-8)

Pendant longtemps, la démarche qualité dans les hôpitaux a reposé sur une approche très « qualitative » de l'évaluation, à travers la formalisation des pratiques et des processus de prise en charge. Articulés à la certification et aux « évaluations de pratiques professionnelles » (EPP), les indicateurs d'Etat¹ sont en train de changer doublement cette situation, en familiarisant les professionnels non seulement à l'évaluation, mais aussi à une approche davantage *quantifiée* de l'évaluation. Dans les quatre établissements, les médecins qui se mobilisent dans le cadre des EPP prennent l'habitude de mesurer certains aspects de leurs activités, qu'ils choisissent de manière autonome et en fonction de problèmes qu'ils rencontrent dans leurs activités quotidiennes.

On peut saisir cette évolution majeure en suivant l'exemple particulièrement parlant d'un travail d'évaluation mis en place dans le service de réanimation de l'Hôpital Saint Pierre, dans le cadre d'une EPP. Les professionnels ont choisi de travailler sur un problème concret, qui n'est pas évalué directement par les indicateurs d'Etat, mais entretient de fortes affinités avec leur philosophie de mesure et de traçabilité : la « prise en charge de l'arrêt cardiaque intra-hospitalier », qui nécessite l'intervention des réanimateurs dans les autres services de l'hôpital. Ici plus encore que dans les exemples précédents, l'évaluation en vient à toucher au cœur de la pratique médicale, à travers l'analyse de pratiques en lien direct avec la vie et la mort des patients.

« Cette évaluation on l'a appelée "téléphone rouge". Dans le service, on a un téléphone rouge, qui est dédié, et qui sonne chaque fois qu'il faut aller réanimer un arrêt cardiaque. [...] Donc on s'est dit, nous, que ça faisait 20 ans que ce téléphone rouge existait, et qu'on n'avait jamais évalué ce qu'on faisait. » (Médecin réanimateur, entretien SP-8)

Il s'agissait d'abord et surtout d'évaluer la pertinence-même de ce type d'intervention en urgence, dont les réanimateurs de Saint Pierre font l'expérience une fois tous les quinze jours en moyenne. Comme l'explique cette réanimatrice, cette intervention est caractérisée par un taux d'échec très élevé. Elle se révèle par conséquent aussi perturbante que démoralisante.

« J'avais l'impression qu'ils mourraient tous. Donc ça me déprimait, j'en avais marre de courir au 5^{ème} étage pour réanimer en pensant que ça ne servirait à rien... J'en avais marre que ce téléphone rouge me dérange complètement dans mon activité, parce que quand ça sonne il faut tout lâcher, hein, donc si vous êtes avec un malade qui ne va pas bien... Donc je me suis dit "je vais faire cette EPP pour dire que je ne monterai même plus"... » (Médecin réanimateur, entretien SP-8)

Les réanimateurs se sont rendu compte qu'aucune étude n'existait en France sur cette pratique. Ils ont donc dû inventer leur propre grille d'évaluation. Deux praticiens du service ont procédé à l'audit de tous les dossiers concernés sur une période d'un an, afin de calculer le taux de survie. Mais ce travail d'évaluation n'a pas simplement permis de « déduire » la mortalité, il a aussi rapidement révélé d'importantes carences dans la traçabilité des informations.

¹ Ces trois dispositifs sont étroitement articulés, tant au niveau institutionnel que local. Pour rappel, les indicateurs d'Etat ont notamment pour vocation d'équiper la procédure de certification des établissements, afin de la doter d'une « mesure » fiable et objective. L'organisation d'EPP fait aussi partie des critères évalués par la certification.

« On n'avait même pas le tracé ! C'est délirant. Le SAMU il vous amène un arrêt cardiaque, il a les tracés [cardiologiques], il sait combien de temps ça a duré. Et nous, c'était écrit "arrêt cardiaque", et rien d'autre ! Combien de temps ? C'est catastrophique... Je ne veux pas dire que la prise en charge n'était pas bonne, mais la traçabilité était nulle ! Et c'est quand même des arguments pour savoir jusqu'où on va en récupération : si l'arrêt a duré 2 minutes, ce n'est pas pareil que s'il a duré 10 minutes. Donc c'est des éléments importants à connaître. On s'est rendu compte que, parfois, on s'arrêtait au bout de 2 minutes de réanimation, sans argumentation notée. Je veux bien qu'on s'arrête au bout de 2 minutes, mais il faut avoir du biscuit ! Il faut dire "ok, mais 90 ans..." , voilà, des choses raisonnables. Souvent on ne savait même pas combien de temps on avait pris... » (Médecin réanimateur, entretien SP-8)

Suite à cette évaluation, présentée comme une « révélation » par ce médecin, le service a modifié considérablement le protocole d'intervention, en prévoyant une « fiche d'évaluation » pour tracer spécifiquement la prise en charge, par l'intermédiaire d'une aide-soignante participant à l'intervention exclusivement pour tracer les informations et pour récupérer une impression d'électrocardiogramme. Les réanimateurs ont également démarché les différents services pour les informer sur les numéros d'appel, et sur la manière d'utiliser les défibrillateurs en cas d'arrêt cardiaque. Si les réanimateurs n'attendent pas une réduction de la mortalité de ces modifications, l'évaluation s'est révélée utile, d'abord pour pallier ces problèmes de traçabilité, et ensuite et surtout pour confirmer l'intérêt de poursuivre ces prises en charge.

« Finalement je n'ai pas de chance [rires ironiques], parce qu'il y a quand même 18% de survie ! Alors évidemment ce n'est pas beaucoup, mais, en même temps, ils sont MORTS quand on les prend en charge, les malades, hein... Donc finalement, d'arriver à en sauver presque un sur 5, c'est beaucoup... Donc je me suis trompée. C'était intéressant de savoir, parce que tant qu'on n'évaluait pas, on n'en savait rien... Du coup, on continue ! » (Médecin réanimateur, entretien SP-8)

Cet exemple est riche d'enseignements. D'abord, parce qu'il montre bien l'intrication, au niveau local, des obligations réglementaires avec des démarches professionnelles autonomes étroitement indexées aux situations de travail : comme le souligne l'un des réanimateurs, sans l'« obligation » de pratiquer une EPP dans le cadre de la certification, les praticiens du service n'auraient probablement pas pris le temps de procéder à cette évaluation quantitative et systématique. Cet exemple permet ensuite d'établir que ce type d'évaluation quantitative des pratiques, loin de se cantonner à des analyses de processus ou de ressources de prises en charge, en vient aujourd'hui à toucher des questions cruciales et centrales de la prise en charge. Ces réanimateurs ont choisi volontairement d'évaluer le taux de mortalité lié à une de leurs pratiques. Cet exemple montre finalement que la rationalisation professionnelle liée au déploiement de l'*evidence-based medicine* ne se cantonne pas au développement de *guidelines* théoriques et académiques prescrivant le travail (inexistants sur ce thème spécifique, si l'on en croit ces réanimateurs), mais atteint des formes locales de « savoir pratique », de « *working knowledge* » au sens d'E. Freidson (1986).

Les RMM, ou l'émergence d'un contrôle plus collectif de l'activité professionnelle

La prise en charge médicale étant de plus en plus considérée comme le « *produit d'une action organisée* » (Setbon, 2000, p. 54), l'essor d'un exercice plus collégial des pratiques est une autre facette importante de l'*evidence-based medicine*. Dans les quatre établissements d'enquête, des dispositifs plus collectifs de contrôle des pratiques professionnelles sont en train de prendre leur essor, sur le socle de la traçabilité accrue des informations qui est notamment induite par les indicateurs d'Etat. Les revues de morbidité (RMM)¹ constituent un bon révélateur de cette dynamique. Dispositifs pourtant imposés de l'extérieur, les RMM en viennent à susciter des formes d'adhésion professionnelle, leur permettant d'instiller cette approche plus collective de l'exercice de la médecine.

Le principe des RMM est le suivant : il s'agit d'organiser « *l'analyse collective, rétrospective et systématique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient*² ». L'objectif est d'analyser, au cours d'une réunion, les causes d'un événement indésirable, dans le but d'éviter qu'il ne se reproduise à l'avenir. Le dossier patient, à travers les différentes informations qui y sont tracées, constitue le principal support de cette évaluation collective. Les RMM peuvent être organisées à l'échelle d'un service de soin³, à l'échelle de l'établissement⁴, ou dans le cadre d'un réseau de soin autour d'une activité spécifique⁵. La RMM porte sur des dimensions cruciales de l'activité : lors des réunions, les professionnels parlent d'infections nosocomiales, de décès inattendus ou encore, comme dans le cas de ce patient, de problèmes de coordination ayant eu une issue tragique.

« Le dernier cas que j'ai étudié, c'est un monsieur qui a fait au moins trois navettes, entre chez nous et dans les services, je monte et je redescends, je remonte et je redescends... C'était une bataille de spécialistes, un malade qui avait un problème cardiaque mais qui était en orthopédie, donc comme les cardiologues ne voulaient pas le prendre, on l'a mis en réanimation. En réanimation, nous on a dit "ce n'est pas de la réanimation", donc on l'a remis en orthopédie. Donc il a trainé un moment en orthopédie, il est revenu en réa, et on a finalement pu le mettre en cardiologie. Et puis là, ça a repris encore un peu de temps, et puis finalement il est mort. Parce qu'à force qu'on se renvoie la balle, le type il a trainé 15 jours entre l'orthopédie et la réa... C'est typiquement le malade qui n'aurait pas dû mourir s'il avait été pris tout de suite en cardio » ! (Entretien avec un médecin réanimateur)

¹ Pour rappel, les RMM sont l'un des dispositifs déployés par la Haute Autorité de santé dans la seconde moitié des années 2000. Les RMM sont exigibles dans le cadre de la troisième procédure de certification (V2010) en anesthésie-réanimation, en chirurgie et en cancérologie.

² Source : site Internet de la HAS, consulté le 31 mars 2014.

³ Par exemple, le service de réanimation de l'Hôpital Saint Pierre évalue systématiquement tous les cas de patients décédés dans le service, et tous les événements indésirables (infections, extubations accidentelles, etc.). Les cinq réanimateurs et la cadre du service participent tous à cette réunion mensuelle.

⁴ C'est notamment le cas à la Clinique des Erables ou au CH du Terroir, où les démarches, encore récentes en 2009, reposaient sur les praticiens volontaires pour parler de cas problématiques.

⁵ Par exemple, les gynéco-obstétriciens de la Clinique Mont d'Or participent depuis quelques années collectivement aux activités du réseau de périnatalité régional, qui organise de manière systématique la revue des événements indésirables qui ont lieu dans les cliniques membres du réseau.

Si toutes les revues de morbi-mortalité ne traitent pas de cas aussi dramatiques, on comprend à travers cet exemple que les RMM peuvent aborder des problèmes graves, soulevant des questions de responsabilité médico-légale. Pour cette raison, elles ont suscité des réticences dans les quatre établissements, où ce sont d'abord les professionnels engagés précocement dans la démarche qualité (médecins anesthésistes réanimateurs et oncologues notamment) qui se sont saisis du dispositif, alors qu'une majorité de praticiens « invités » à présenter des cas de patients décédés se sont révélés plutôt « frileux ».

« Il y avait des opposants virulents : "on va nous fliquer !", "on va avoir des pénalités supplémentaires sur nos assurances !", "ça va être le tribunal !". Il y a eu beaucoup de peur. » (Directrice qualité, entretien E-6)

Pourtant, les revues de morbimortalité ont, en quelques années, séduit un nombre croissant de praticiens, même parmi les plus critiques par rapport à la démarche qualité. Le dispositif est même décrit par les experts qualité et les professionnels du « premier cercle » comme un levier qui a permis de « convertir » bon nombre de praticiens réticents à une première approche à la fois « pratique » et « collective » de la qualité¹. Ce succès s'explique largement par la philosophie particulière de ces RMM, mettant en avant une forme d'apprentissage collectif à partir des erreurs plutôt que la « recherche d'un coupable ». Le dispositif imposé par les pouvoirs publics reprend en fait une perspective relativement classique d'autocontrôle professionnel, qui consiste à évaluer les dysfonctionnements pour transformer les routines de prise en charge.

« Il y a tout un travail de pédagogie, pour leur dire que toutes ces choses-là sont anonymisées, on ne parle ni du nom du praticien, ni du nom du patient... [...] On n'est pas dans une recherche de responsabilité, on est dans une recherche de causes structurelles... pour s'améliorer. » (Gastro-entérologue, président de CME, entretien MO-11)

Les praticiens ont trouvé de bonnes raisons de s'engager dans ces RMM, qui induisent une réflexion collective au sujet des problèmes rencontrés dans la prise en charge de « cas problématiques ». Les « pairs » et leurs vécus d'expériences similaires ou comparables constituent bien souvent une ressource pour mener à bien l'analyse.

« Il y a deux décès par mois, à peu près, où on a tout fait, et ça n'a pas marché... On n'est pas Dieu tout puissant... Donc on essaye de savoir s'il n'y aurait pas eu quelque chose qu'on aurait pu faire qu'on n'a pas fait... On revoit à froid les dossiers, tous ensemble. Souvent on s'en rappelle très bien d'ailleurs... » (Médecin réanimateur, entretien SP-8)

Ces RMM conduisent parfois à une réassurance des praticiens : il n'est pas rare que le comité conclue à une prise en charge conforme à ce qui était possible dans les circonstances données. A d'autres occasions, les RMM peuvent être l'occasion d'apprentissages collectifs aux conséquences plus

¹ A titre d'exemple de cette évolution, à la Clinique des Erables, le nombre de praticiens participant à la RMM de l'établissement est passé de quatre en 2006 à une quinzaine en 2009, ce qui signifie que près de 80% des praticiens « invités » suite à un problème de prise en charge acceptent de se prêter à l'étude collective de leurs dossiers. Des dynamiques similaires sont perceptibles dans les trois autres établissements.

importantes : changements dans les supports matériels permettant de tracer les informations, modification de protocoles de prise en charge, ou identification de problèmes devant être corrigés dans la transmission des informations nécessaires à la bonne coordination des soins. De manière plus exceptionnelle, les RMM peuvent permettre de mettre en évidence de graves lacunes dans la sécurité. C'est ce qui s'est passé dans deux des quatre établissements qui ont été marqués par des affaires médico-légales médiatisées, toutes deux liées à des erreurs d'administration de médicaments. Ces deux établissements ont réalisé des analyses des causes indépendantes par rapport aux enquêtes initiées par les autorités de tutelle. Dans l'un des deux cas, cette revue du dossier et des cas précédents a révélé un grave dysfonctionnement dans la remontée des problèmes, qui a profondément marqué ce chirurgien.

« L'exemple dont je me souviens le plus, c'est le décès d'un enfant qui a reçu dix fois la dose en morphine, parce qu'un infirmier s'est trompé d'ampoules. Il s'agissait du cinquième accident lié aux ampoules, les autres accidents n'ayant pas été pris en considération par les autres équipes. Il y a une équipe pour laquelle le problème est survenu pendant une intervention chirurgicale, donc l'enfant était intubé, donc endormi, donc ils ont donné les antagonistes de la morphine et tout est rentré dans l'ordre. [...] Et les autres exemples ça s'est bien terminé aussi. Mais aucune de ces équipes n'a fait remonter le problème... Il a fallu attendre le décès catastrophique d'un enfant ! » (Entretien avec un chirurgien de l'un des deux établissements marqués par une « affaire » médico-légale)

Suite au décès, l'ampoule de morphine prêtant à confusion a été signalée, et retirée du marché par une décision ministérielle. Ce chirurgien, pourtant critique par rapport à la certification et aux indicateurs qualité, considère que cet exemple révèle l'intérêt des revues de morbidité qui, si les occurrences précédentes du problème avaient fait l'objet du même traitement que le décès du patient, auraient permis de l'éviter. Depuis cet événement, les anesthésistes et les chirurgiens de cet établissement se prêtent plus volontiers qu'auparavant aux revues de morbidité.

Si elles ne résolvent évidemment pas tous les problèmes rencontrés dans les établissements, les RMM participent à l'essor d'une forme plus collective de contrôle professionnel sur les pratiques, qui est perçue comme un progrès important par un nombre croissant de praticiens. Cette évolution n'est pas neutre : les RMM acclimatent les professionnels à s'ouvrir sur les problèmes qu'ils rencontrent concernant leurs prises en charge individuelles, dans un cadre professionnel plus formalisé, lieu d'exercice d'une forme d'évaluation collective du travail de soin, et d'une « discipline » exercée non seulement par les « pairs » mais aussi, de plus en plus, par d'autres « collègues » (médecins exerçant des fonctions transversales, experts qualité, ou cadres de santé). En outre, la RMM, à travers l'étude de cas concrets, contribue à révéler l'importance des enjeux transversaux de la prise en charge, et l'importance de la traçabilité, dont l'absence peut avoir des conséquences lourdes non seulement sur la continuité des soins, mais aussi sur la responsabilité médico-légale du praticien qui ne serait pas en mesure de justifier de ses actions en cas de problème.

L'*evidence-based medicine* n'a pas attendu les IQ généralisés par l'Etat pour se déployer dans le champ hospitalier. Néanmoins, ces derniers contribuent à enraciner localement cette médecine sensible à une approche plus transversale, plus collective du soin, faisant usage d'une évaluation

quantitative des pratiques individuelles. A la fin des années 2000, le renouvellement épistémique de la médecine n'est plus cantonné aux activités de recherche des virtuoses de la profession médicale au sein des grandes institutions hospitalo-universitaires. Il gagne progressivement du terrain dans les établissements, et fait l'objet d'une vaste diffusion.

« *La qualité, ce n'est pas que "livresque" ! C'est pratico-pratique.* »

Cadre de bloc opératoire, entretien MO-14

« *De toute façon, vous ne pouvez pas mettre un robot à la place d'un médecin. Le soin, ce n'est pas comme une twingo qu'on peut standardiser.* »

Médecin urgentiste, entretien SP-12

Dans une certaine mesure, l'étude des effets les plus locaux des instruments d'évaluation de la qualité permet de défendre la thèse d'une dynamique *professionnelle* de transformation de l'hôpital. Faisant usage d'un ensemble de dispositifs, de plus en plus d'acteurs professionnels ont appris à formaliser, à codifier, à évaluer leurs activités de manière croissante. Si les IQ d'Etat ne sont pas les seuls vecteurs de cette rationalisation, ils y contribuent de manière très directe quoique subtile, à travers des effets empiriquement bien identifiables et convergents dans les quatre établissements. Sans prescrire aux différents professionnels l'ensemble de leurs tâches quotidiennes, les IQ instillent mesure et traçabilité à l'échelle locale. Ils en viennent à cadrer un nombre croissant d'aspects de la prise en charge des patients, dont certains sont loin d'être négligeables : traçabilité des informations, pratiques d'hygiène, prévention des infections nosocomiales, évaluation de la douleur, pratiques de prescription d'antibiotiques, etc. Saisis activement par les professionnels, réappropriés, interprétés, articulés avec d'autres dispositifs, greffés sur des relations de pouvoir locales, ces IQ donnent des informations, soutiennent des connaissances, et contribuent à l'émergence de nouvelles routines professionnelles. Ils instillent une normalisation des pratiques individuelles et une rationalisation de la coordination du travail. Ils permettent d'enraciner localement une approche plus transversale, plus quantifiée et plus collective de la médecine.

Est-il souhaitable, pour autant, d'affirmer que les IQ participent à une dynamique de rationalisation *essentiellement* professionnelle de l'hôpital ? Que cette dynamique reposerait surtout sur l'adhésion d'acteurs du soin convaincus que ces dispositifs permettent « d'améliorer » l'efficacité de certains aspects du travail professionnel, sans toucher au cœur de leurs compétences et sans entamer profondément leur autonomie (Gadrey, 1994) ? L'étude des effets locaux des IQ viendrait alors confirmer les conclusions des auteurs qui se sont intéressés aux dispositifs précédents en matière de qualité : « *la rationalisation en cours n'est pas nouvelle et s'inscrit au cœur de la dynamique professionnelle. [...] Elle consiste en une forme de rationalisation "professionnelle" plus qu'"industrielle" qui ne conduit pas à une "standardisation" des pratiques mais préserve l'autonomie*

du jugement clinique, autorise des marges de manœuvre et ne met pas nécessairement la profession médicale sous contrôle extérieur » (Castel et Robelet, 2009, p. 98). A notre sens, cette thèse appelle plutôt à être nuancée. D'abord, parce que les analyses des deux chapitres précédents ont souligné à quel point les usages professionnels autonomes se déploient dans les limites d'un cadre bureaucratique contraignant qui pèse sur les établissements : les stratégies se déploient sous contrainte, à travers un travail d'intégration local. Ensuite, parce qu'il apparaît bien, même lorsque l'attention est placée sur les dynamiques professionnelles, que ce qui est utilisé comme « ressource » par les acteurs du soin, c'est un ensemble de normes qui ne sont plus exclusivement professionnelles, qui sont portées par toute une panoplie de dispositifs obligatoires, et qui en viennent progressivement à toucher des aspects centraux des activités médicales. Si l'autonomie professionnelle n'a effectivement pas disparu, elle s'est intriquée avec des formes de contrôle qui échappent, en partie au moins, aux acteurs professionnels locaux. Dès lors, la mise en évidence du visage « professionnel » de la transformation de l'hôpital ne suffit pas à rendre compte de l'ensemble du processus à l'œuvre.

2. Une dynamique de rationalisation industrielle ?

Comme l'a souligné depuis longtemps J. Gadrey (1994), c'est avec une certaine prudence qu'il faut accueillir l'idée d'une « industrialisation » des services professionnels. Pourtant, de nombreux éléments interrogent quant à une dimension managériale de la rationalisation de l'hôpital, qu'il s'agisse des références omniprésentes dans les hôpitaux au « modèle » ou au « contre-modèle » de l'entreprise (Pierru, 1999), du rôle joué par la « figure industrielle » dans la conception des démarches qualité à l'hôpital (Robelet, 2002), ou encore des parcours professionnels d'acteurs issus du secteur privé qui occupent les nouvelles fonctions dans les établissements¹. La distinction opérée par J. Gadrey (1994) se révèle utile pour affiner l'analyse. Dans sa variante forte (et « improbable »), l'industrialisation concerne l'organisation (et la transformation) du travail : elle implique une standardisation des tâches, ainsi qu'un contrôle accru de la hiérarchie sur le travail professionnel, au profit de l'automatisation des processus de production, au détriment de l'autonomie des professionnels « de la base ». Dans sa variante faible, l'industrialisation correspond à l'essor de critères industriels de jugement des performances, reposant bien souvent sur des instruments gestionnaires quantitatifs, mettant une pression accrue sur les acteurs professionnels à travers l'évaluation de la productivité du travail ou de la satisfaction du « client ». A notre sens, ce sont surtout les effets présumés forts de cette acception « faible » de la rationalisation industrielle que mettent en avant, souvent pour les dénoncer, les travaux consacrés au *New Public Management*. A suivre ces auteurs, la dynamique de rationalisation néo-managériale repose paradoxalement sur l'action volontariste de « l'Etat néolibéral », sur un vaste processus de bureaucratisation (Hibou,

¹ Pour rappel, c'est notamment le cas de certains des « missionnaires de la qualité » étudiés dans le chapitre 8.

2012), permettant l'exercice d'un contrôle hiérarchique accru et d'une mise sous pression productiviste des professionnels de « l'usine à soins » (Pierru, 2013). A travers leurs effets, les IQ d'Etat participent-ils à une telle dynamique de rationalisation industrielle ? Cette seconde section met cette thèse à l'épreuve, en saisissant comment ces instruments peuvent transformer les organisations et les professionnels en exerçant sur eux des formes de *contraintes* exogènes porteuses de logiques néo-managériales.

1) Contrôle, concurrence et discipline

S'ils sont à bien des égards des instruments ambigus et prudents, les indicateurs de qualité sont loin d'être des coquilles vides, ou de simples dispositifs procéduraux parfaitement mous. Instruments métrologiques dotés d'une certaine robustesse, ils sont bâtis selon des conventions rigoureuses et validées. Ils s'attachent à objectiver certaines dimensions de la qualité hospitalière, qu'ils inscrivent dans un système d'enregistrement, qu'ils mettent en nombres, qu'ils mettent en comparaison, et qu'ils affichent publiquement à travers une variété de formes graphiques précises¹. Les indicateurs partagent ainsi certaines caractéristiques essentielles des instruments de *benchmarking* (Bruno et Didier, 2013) ou de classement des performances (Bevan et Hood, 2006; Espeland et Sauder, 2007) qui seraient devenus, à en croire A. Desrosières (2014), typiques du déploiement d'un nouveau régime « néolibéral » d'évaluations quantitatives, participant d'une « mise sous pression » généralisée. Parce que ce type d'instrument peut être une « machine » à générer de « l'anxiété de statut » (Sauder et Espeland, 2009, p. 74), voire une forme de « terreur » (Bevan et Hood, 2006, p. 517), l'effectivité des instruments de quantification repose souvent sur de lourds effets disciplinaires au sens de M. Foucault (1975), qui conduisent les acteurs professionnels à intérioriser les contraintes et à devenir les « complices » actifs et réflexifs des « nombres » qui les évaluent (Espeland et Stevens, 1998, p. 331). Dans cette perspective, les indicateurs d'Etat sont susceptibles de favoriser une rationalisation « néo-managériale » à travers deux types d'effets : ils peuvent renforcer le contrôle de l'administration sur les activités professionnelles ; ils peuvent participer à une mise en concurrence des établissements. Qu'en est-il d'après l'enquête réalisée dans les quatre établissements d'enquête ?

Auditabilité, contrôlabilité et surveillance

Selon J. Gadrey (1994), l'un des principaux obstacles à la rationalisation industrielle des services professionnels réside dans la faiblesse des moyens techniques de l'exercice du contrôle, faiblesse qui serait inhérente aux bureaucraties professionnelles. En effet, pour qu'un contrôle puisse s'exercer, il doit pouvoir s'appuyer sur un « *système d'enregistrement d'informations précises sur les opérations* ». Le problème est qu'il n'existe en général « *aucun moyen pour ceux qui "supervisent" les*

¹ Pour une analyse détaillée, voir le chapitre 3.

professionnels d'observer directement le travail de ces derniers : il faut alors s'appuyer sur des "enregistrements", des notations et des "dossiers", qui ne peuvent être créés que par les professionnels eux-mêmes ou sous leur contrôle » (Gadrey, 1994, p. 184). Or, les moyens techniques du contrôle hiérarchique, s'ils peuvent aujourd'hui paraître évidents dans le secteur industriel, n'ont pas existé de tout temps, et ne sont pas apparus en un jour : ils ont dû être inventés, rationalisés, et légitimés au cours d'un long processus historique, impliquant le déploiement concomitant de toute une discipline sociale dans les organisations productives¹.

C'est bien un processus de cette nature qui est aujourd'hui amorcé à l'hôpital. Depuis la fin des années 1990, les établissements sont soumis au déploiement massif d'un système d'enregistrement de données médico-économiques, à travers le PMSI, et au renforcement d'une « technostructure » d'acteurs chargés de la faire fonctionner localement, au premier rang desquels les départements d'information médicale (DIM). Les indicateurs de qualité, loin d'être neutres, participent à ce mouvement d'intégration à dominante verticale. En induisant une traçabilité et une commensurabilité accrues de nouvelles dimensions du travail professionnel, ils renforcent les appareils d'écriture existants, dont la montée en puissance représente une étape décisive pour rendre les établissements davantage *auditables* (Power, 2005 [1997]), c'est-à-dire plus descriptibles, analysables et contrôlables. Rappelons-le, cette « mise en auditabilité » par les IQ est explicitement conçue pour équiper les institutions publiques régulatrices en informations, dans le but de leur permettre d'accroître leur contrôle². Pourtant, nous avons déjà eu l'occasion de mettre en évidence un paradoxe frappant, qui réside dans l'écart entre ce volontarisme affiché et le caractère encore embryonnaire des usages bureaucratiques effectifs de ces indicateurs au tournant des années 2010 : ces IQ ont mis plusieurs années avant d'être effectivement intégrés à la procédure de certification des établissements³, et ne font encore pas l'objet d'un usage effectif en termes de contractualisation régionale⁴. Est-ce à dire que le déploiement des IQ n'a rien changé en matière de contrôlabilité des établissements ?

¹ Selon M. Weber (1995 [1921]), l'essor de la bureaucratie repose en grande partie sur le développement d'un esprit rationnel, ancré dans de nouveaux systèmes techniques permettant des formes de calculabilité nouvelles (notamment la comptabilité) sans lesquels la domination rationnelle-légale n'aurait pu s'imposer. Selon A. Chandler (1977) et P. Lefebvre (2003), le développement progressif de dispositifs de maîtrise et de suivi opérationnel des activités a joué un certain rôle dans la « grande transformation hiérarchique » de l'entreprise. C'est par exemple le cas des « bordereaux de suivi des opérations » dans l'usine, qui sont devenus le socle de la surveillance rapprochée par la hiérarchie (Lefebvre, 2003, p. 11).

² La première partie de cette thèse a montré qu'il s'agit là d'un effet explicitement recherché par les réformateurs : dans une logique marquée par la théorie de l'agence, les IQ visent à équiper le « principal » en informations sur ses « agents » pour permettre un contrôle accru. Le choix de l'évaluation du *dossier patient* ne doit ainsi rien au hasard : il s'agit du support matériel central, transversal, et partagé des activités de soin. Non seulement les réformateurs considèrent qu'en améliorant le dossier, on améliore la qualité de tout le processus de prise en charge ; mais ils sont également conscients qu'en améliorant la qualité des traces écrites dans le dossier patient, c'est toute l'organisation que l'on rend davantage « évaluable », soumise à un regard extérieur, et obligée de « rendre des comptes » (Duhamel et Minvielle, 2009).

³ Voir chapitre 2.

⁴ Voir chapitre 6.

L'affirmer, ce serait passer à côté d'un effet crucial de ces indicateurs d'Etat, qui se font les instruments d'une forme de *surveillance hiérarchique* opérant un pouvoir disciplinaire (Foucault, 1975) à l'échelle la plus locale. Subtilement, les indicateurs mettent en visibilité certains aspects des activités professionnelles. Ils font peser « *le jeu du regard* » (p. 201) des patients et des tutelles sur les acteurs professionnels, en induisant une forme d'auto-discipline. Les indicateurs constituent bien « *un appareil où les techniques qui permettent de voir induisent des effets de pouvoir, et où, en retour, les moyens de coercition rendent clairement visibles ceux sur qui ils s'appliquent* » (p. 201). L'exercice de cette surveillance hiérarchique est parfaitement identifiable empiriquement dans les quatre établissements d'enquête. Les professionnels sentent le poids des regards extérieurs, souvent décrits avec humour comme une forme d'inquisition dans « leurs affaires ».

« Sur la qualité, les gens ont compris qu'il se passait quelque chose... C'est pyramidal et ça redescend... Il faut bien voir que jusque-là, il n'y avait jamais quelqu'un qui était venu mettre son nez dans nos affaires ! » (Médecin réanimateur, entretien SP-8)

La *mise en visibilité* des pratiques permise par les indicateurs est d'autant plus sensible qu'elle est renforcée par la « portabilité des nombres », qui amène les résultats d'IQ à circuler plus facilement que d'autres formes plus complexes d'information (Espeland et Sauder, 2007, p. 18). Les résultats des IQ d'Etat se retrouvent non seulement affichés à l'accueil et sur les sites internet des établissements, dans les palmarès de la presse, mais aussi mis en ligne sur les sites internet des institutions publiques. Les acteurs hospitaliers savent que tous les « contrôleurs » sont susceptibles de les utiliser. A travers des propos saisissants, ce médecin DIM décrit l'essor d'un contrôle bureaucratique asymétrique, transformant la relation entre un Etat devenu « rouleau-compresseur » et un établissement réduit à « essayer de se dépatouiller » avec l'analyse de ses données.

« Les tutelles, elles ont toutes les données ! Ils voient l'hôpital sous toutes les coutures, vous avez les trucs de qualité, de PMSI, la SAE, vous avez tout ! Eux, ils font une extraction de ces choses-là. Ces gens-là, c'est leur métier, donc après quand ils vont faire des descentes pour aller voir les hôpitaux, ils vont donner ça à des gens hyper compétents, ils vont arriver en disant : "on a toutes les données de l'hôpital". Et si derrière, à l'hôpital on n'a pas le temps de pouvoir s'appropriier les outils et de pouvoir discuter... On n'est pas à la même échelle ! Derrière effectivement il y a tout le rouleau compresseur de l'Etat, l'IGAS ou autres, des gens performants, au niveau, qui savent analyser les chiffres, et en face vous avez un petit établissement qui essaye de se dépatouiller... » (Médecin DIM, entretien SP-9)

Le ressenti de ce médecin DIM, bien placé pour saisir les évolutions en cours autour des bases de données médico-économiques, est typique d'une perception qui se retrouve de manière beaucoup plus diffuse et moins caricaturale dans les discours de nombreux soignants. Ils prennent au sérieux la surveillance qui s'exerce sur eux sans mettre en avant un tel degré d'anxiété. Toute proportion gardée, nous retrouvons un mécanisme mis en évidence dans le cas typique du *panopticon* développé par M. Foucault (1975) : le « surveillant » n'a pas forcément besoin d'être clairement identifié, visible et actif dans sa surveillance pour mettre les surveillés sous pression : ce sont les individus mis en visibilité

qui, en intériorisant l'existence de la surveillance, peuvent en venir à se surveiller eux-mêmes¹. Comme l'ont montré d'autres travaux consacrés à des objets plus comparables (Bevan et Hood, 2006; Sauder et Espeland, 2009), il n'est pas non plus nécessaire que les acteurs adhèrent fortement aux principes ou au contenu des IQ d'Etat pour que ces derniers induisent une forme de discipline : il suffit d'anticiper la surveillance extérieure à laquelle ils contribuent pour trouver une raison de s'y conformer. Il faut évidemment se garder d'une vision trop caricaturale de cette discipline : la surveillance hiérarchique est loin d'opérer sur des acteurs professionnels qui seraient purement « assujettis » au pouvoir disciplinaire. Le plus souvent, elle n'opère pas non plus d'une manière déconnectée des usages professionnels mis en évidence dans la première section de ce chapitre. Au contraire, la surveillance s'articule aux usages professionnels, sur lesquels elle pèse. « Coercition » et « séduction » jouent bien souvent de concert pour engager les professionnels dans l'évaluation de la qualité et induire des transformations variées dans leurs pratiques.

De ce fait, la surveillance hiérarchique induite par les IQ joue un rôle important dans le processus de *normalisation* des pratiques d'hygiène, de prévention des infections, de prescription d'antibiotiques, et plus généralement de traçabilité des activités médicales. Ces normalisations ne s'opèrent pas seulement selon la logique professionnelle analysée dans la première section, par des acteurs convaincus de la légitimité et de l'efficacité des règles élaborées par les sociétés savantes encapsulées dans les IQ ; elle est, dans le même temps, le fruit de cette discipline diffuse, liée aux regards extérieurs qui pèsent sur les activités. Les IQ ont cette capacité de définir la « norme » qu'il faut approcher, ainsi que le domaine du « non conforme » auquel il faut absolument échapper, dès lors qu'une « sanction » administrative est imaginable. Dans les quatre établissements, des acteurs pourtant inégalement convaincus par les critères des IQ ont fait évoluer leur pratiques, moins par conviction que dans une logique de conformité ou de « peur de la sanction » bien explicitée par ce chirurgien.

« Sur le dossier patient, on n'est pas bon. Ce qui fait qu'on va bouger, on va être con jusqu'au bout, c'est plus le côté "répressif" que le côté "amélioration"... On se dit "si on n'est pas bon sur les indicateurs, on va se taper une réserve, une recommandation"... [...] Le résultat de la certification est disponible sur le site HAS pour tout le monde... Vous avez l'expert, l'Etat... Donc, dans le doute, on préfère être réglo. C'est peut-être là que l'Etat a réussi son truc. » (Chirurgien digestif, entretien MO-11)

Si « l'Etat a réussi son truc », et que le pouvoir disciplinaire induit par la surveillance parvient à normaliser les comportements avec une certaine efficacité, c'est aussi parce qu'il s'agit d'un pouvoir à dominante verticale mais distribué², auquel collaborent activement les acteurs professionnels, au premier rang desquels les « missionnaires de la qualité » et les professionnels du « premier cercle ». Il

¹ « Ce sont les sujets qui ont à être vus. Leur éclairage assure l'emprise du pouvoir qui s'exerce sur eux. C'est le fait d'être vu sans cesse [...] qui maintient dans son assujettissement l'individu disciplinaire » (Foucault, 1975, p. 220).

² « Le pouvoir, dans la surveillance hiérarchisée des disciplines [...] fonctionne comme une machinerie. Et s'il est vrai que son organisation pyramidale lui donne un "chef", c'est l'appareil tout entier qui produit du "pouvoir" [...] » (Foucault, 1975, p. 208).

est, de ce point de vue, très révélateur de constater à quel point le registre de « l'examen scolaire » est mobilisé par les experts qualité. Dans les quatre établissements, ces derniers ironisent volontiers sur la « bonne note » ou « les mauvais points » liés aux évaluations de la qualité. Nous avons notamment pu l'observer lors d'une réunion à la Clinique Mont d'Or, lors de laquelle le médecin hygiéniste restituait les résultats d'un audit sur les pratiques d'hygiène des sages-femmes, en plaisantant sur le fait qu'il avait « noté les sages-femmes » et que la réunion était « organisée pour rendre les notes ». Si les traits d'humour de ce type permettent aux experts qualité de détendre l'atmosphère en début de réunion, ils révèlent, dans le même temps, la forme douce de discipline qu'ils exercent sur leurs collègues. Comme dans le cas de l'examen, l'audit a bien pour objectif assumé de normaliser les pratiques, en faisant ici « prendre conscience » à ces sages-femmes des écarts de leurs pratiques par rapport aux normes professionnelles ou aux procédures de gestion des risques. Cet exercice distribué de la discipline est également très visible dans ces propos du président de la CME de l'Hôpital Saint Pierre. Sachant son établissement « surveillé », il relaye localement auprès de ses confrères cette surveillance par les tutelles, contribuant à ce que ces derniers la perçoivent à leur tour.

« La diapo d'entrée de ma présentation d'hier en CME [au sujet des IQ], c'était la photo du palmarès du Point. L'argument c'était de dire : de toute façon, ces indicateurs, ils vous plaisent ou ils ne vous plaisent pas, peu importe. N'empêche qu'ils sont publics, c'est comme ça que la presse nous juge, c'est comme ça que la tutelle nous juge. Donc il faut jouer le jeu. » (Médecin réanimateur, président de CME, entretien SP-10)

Si le déploiement d'indicateurs d'Etat participe à une rationalisation managériale des hôpitaux, c'est moins par la création de toute pièce d'un nouveau contrôle bureaucratique, qui reste en fait embryonnaire, qu'à travers ce mécanisme subtil : par le biais de l'auditabilité et de la surveillance hiérarchique qu'ils induisent, les IQ d'Etat prennent bel et bien les acteurs hospitaliers dans une « procédure d'objectivation » (Foucault, 1975, p. 222) qui contraint les acteurs, contribue à les discipliner, et à normaliser leurs pratiques.

Mise en équivalence, concurrence et comparaison

Un autre argument est avancé par les analystes de la « managérialisation » du secteur public sous l'impulsion de l'Etat. Certains auteurs, à partir de cas emblématiques, défendent l'idée que l'intense déploiement de dispositifs de contrôle et d'évaluation depuis la fin des années 1980 a pu transformer profondément les acteurs, pour en faire des individus davantage optimisateurs, calculateurs et stratèges, jouant plus volontiers le jeu de la concurrence (Le Galès et Scott, 2008). En permettant la « commensurabilité », sur une échelle unidimensionnelle, d'organisations auparavant considérés comme incommensurables (Espeland et Stevens, 1998), la quantification créée de l'équivalence et de la comparabilité. Elle est ainsi susceptible de permettre une perception accrue de la concurrence par les acteurs sociaux, cette perception contribuant en retour à alimenter cette concurrence et à lui donner une force nouvelle (Sauder et Espeland, 2009).

Il est difficilement contestable qu'une dynamique générale de mise en concurrence est à l'œuvre dans les établissements de santé, au moins depuis le début des années 2000, avec le déploiement de la tarification à l'activité, des nouveaux outils de contractualisation régionale et la multiplication des fusions ou des rapprochements d'établissements. Hôpitaux et cliniques, sous l'impulsion des institutions publiques mais aussi de leurs fédérations, se sont progressivement équipés en outils et en compétences pour analyser leur activité, pour comparer leurs « parts de marché », les taux de « fuite de patients », et le positionnement des établissements concurrents (Benamouzig et Pierru, 2011; Pierru, 1999). De l'aveu des acteurs de terrain eux-mêmes, la concurrence entre établissements s'est imposée de manière croissante dans les enjeux locaux.

Quel lien les indicateurs d'Etat entretiennent-ils avec un tel mouvement de mise en concurrence ? Les analyses menées jusqu'ici appellent une réponse *a priori* nuancée. Comme nous l'avons montré précédemment¹, les indicateurs sont bel et bien bâtis pour mettre en équivalence les établissements sur les dimensions de la qualité qu'ils quantifient, et pour les hiérarchiser de ce point de vue. Ils alimentent une foule de supports matériels permettant la comparaison dans le temps, par rapport à des cibles de résultats, par rapport à des répartitions statistiques (moyennes ou quartiles) ou, comme c'est le cas en Aquitaine, sous la forme d'un classement nominatif des établissements, prenant en compte une marge d'erreur statistique. Nous avons toutefois également vu que cette volonté de mise en équivalence s'était incarnée dans des instruments particulièrement prudents par rapports à la question sensible de la concurrence. D'abord, parce que les IQ évaluent la qualité à l'échelle des établissements, plutôt que des services ou des professionnels. Ensuite, parce qu'ils évaluent davantage la qualité de processus que les résultats qualitatifs de la prise en charge. Enfin, parce que les IQ sont davantage bâtis pour faire converger l'ensemble des établissements vers « les meilleurs » (la classe A, ou le premier quartile en pourcentage de conformité) ou pour blâmer les « déviants » (non répondants, appartenant à la « classe indigne », ou situés dans le dernier quartile du pourcentage de conformité) que pour *classer* individuellement les établissements. S'ils leurs ressemblent sous d'autres aspects, ces indicateurs présentent de ce fait une différence par rapport aux *rankings* des universités dans lesquels la moindre variation de résultat peut entraîner un changement de statut immédiatement déterminant pour la réputation de l'établissement et le recrutement d'étudiants (Sauder et Espeland, 2009). Pour toutes ces raisons, les indicateurs sont moins systématiquement et explicitement reliés aux enjeux concurrentiels qu'aux enjeux de contrôle bureaucratique par les acteurs professionnels des quatre établissements étudiés. Est-ce à dire que les indicateurs d'Etat n'ont aucun lien avec la dynamique concurrentielle ?

La surveillance qu'équipent les indicateurs de qualité n'est pourtant pas uniquement hiérarchique, c'est-à-dire liée à une anxiété par rapport aux institutions de tutelle. Elle est également

¹ Pour une analyse détaillée, voir le chapitre 3.

concurrentielle, dans la mesure où le regard des patients est de plus en plus redouté localement. De par leur incorporation dans les palmarès hospitaliers, les IQ ont un effet disciplinaire très clair sur les gestionnaires des établissements les plus exposés à la concurrence¹. Parmi les professionnels, certains se montrent également très sensibles à la surveillance que les patients sont susceptibles d'exercer et qui peut même prendre une forme tout à fait palpable au quotidien. Cet urologue, s'il ne mâche pas ses mots pour critiquer les palmarès hospitaliers, explique bien l'importance d'apparaître parmi « les meilleurs » dans les résultats des indicateurs liés aux infections nosocomiales.

« Quand ces palmarès sont sortis il y a 10 ans, on a tous rigolé... Mais le problème, c'est qu'il faut faire avec ! On est devenu un marronnier, ça sort tous les deux mois... Et mine de rien, les patients ils vous l'amènent à la consult, hein ! [...] Bon, quand on apparaît dans ces conneries de palmarès merdiques, on est plutôt bien placés en nosocomial. C'est un élément qui est important pour le public, et globalement on a réussi, on est parti de C, on est passé en A. Le résultat, c'est que maintenant, dans les palmarès, même si les critères sont ce qu'ils sont, on n'a pas de souci à se faire sur la colonne "lutte contre les infections nosocomiales" ! » (Médecin urologue, entretien SP-18)

Comme lui, de très nombreux professionnels expliquent que les « palmarès merdiques » et les indicateurs qu'ils incorporent font aujourd'hui « partie du paysage ». Dès lors qu'ils donnent lieu à un usage par les patients-clients, il faut se résigner à en tenir compte.

Or, cette évolution n'est pas neutre : en retour, ces palmarès et ces indicateurs contribuent à une *perception accrue* de la concurrence qui s'établit entre les établissements. Comme l'explique ce chirurgien membre du directoire à la Clinique Mont d'Or, ils font aujourd'hui partie des éléments, parmi d'autres plus importants, qui sont pris en compte dans l'analyse concurrentielle.

« Aujourd'hui, on est plus dans la comparaison par rapport aux autres établissements, en parts de marché par exemple. On regarde dans le bassin, comment on se situe en termes de résultats... C'est une démarche d'entreprise, pas une démarche de soins... Et c'est vrai qu'on a regardé dans les palmarès, l'ICALIN, par exemple, on a regardé les cliniques qui sont au-dessus de nous, c'est assez facile avec les codes couleur... On regarde aussi dans ces palmarès les lignes qui sont au-dessus de nous et au-dessous de nous, le nombre de séjours ou d'actes... » (Chirurgien digestif, membre du directoire, entretien MO-11)

La distinction opérée par ce chirurgien entre « démarche d'entreprise » et « démarche de soins » est révélatrice : en tant que « praticien », cet acteur ne « croit » pas à la « validité » des critères des palmarès. En tant que « qu'administrateur », il les prend en compte comme l'un des critères de la concurrence à l'échelle du bassin de patientèle de la clinique. Ces palmarès et les IQ contribuent ainsi, à leur mesure, à cadrer cognitivement la réflexion sur la concurrence : on regarde les scores ICALIN des établissements avec lesquels on se sait en concurrence ; mais on se compare aussi avec les établissements « au-dessus » et « au-dessous » de la clinique dans les palmarès, en ayant recours aux données issues des bases de données médico-économiques (volume d'activité, actes réalisés, etc.).

¹ Voir chapitre 7.

Plus généralement, les indicateurs de qualité contribuent, aux côtés d'autres dispositifs, à enraciner les *pratiques de comparaison* à l'intérieur des établissements de santé. Evidemment, le fait de se comparer à d'autres professionnels ou d'autres établissements n'est pas nouveau. Dans une « économie de la qualité » comme celle de la médecine (Robelet, 2002), la curiosité pour les pratiques des autres, les jeux de réputation et d'information jouent depuis fort longtemps un rôle central. L'enquête révèle d'ailleurs que les pratiques de comparaison *informelles* sont toujours très courantes dans les quatre établissements d'enquête : telle infirmière fait part de sa « fierté » d'avoir été « la première clinique de la ville à mettre en place un club douleur », telle pharmacienne nous explique se tenir informée « officieusement » des pratiques de ses collègues de formation, inversement, tel chirurgien nous explique connaître des confrères, dans son propre établissement, auxquels « il ne confierait pas son chat »... Ce qui est en train de changer, c'est l'ancrage progressif de ces comparaisons dans des systèmes d'information davantage formalisés et rationalisés.

« Depuis 2005, petit à petit, les médecins se sont habitués. Il y a eu les indicateurs qualité. Au niveau financier, on nous a comparés à l'échelle nationale des coûts... Donc petit à petit cette comparaison par rapport à des échantillons extérieurs, elle s'installe. » (Directrice en charge de la qualité, entretien T-2)

Comme l'explique bien cette directrice adjointe, les IQ viennent s'ajouter à un ensemble de dispositifs qui ont fait leur place dans les établissements, et qui « acclimatent » progressivement les acteurs professionnels à « équiper » leurs comparaisons en « nombres » produits par des acteurs transversaux, qu'il s'agisse des institutions publiques, des fédérations hospitalières ou encore des « réseaux de soin ». La manière dont des « indicateurs » viennent se greffer sur les pratiques de comparaison est tout particulièrement visible dans les propos tenus par la cadre de santé de la maternité à la Clinique Mont d'Or, qui mobilise les indicateurs du réseau périnatal régional dans la rivalité qui l'oppose au principal établissement concurrent de la clinique. Cette cadre envoie tous les ans au réseau un certain nombre d'indicateurs concernant l'activité à la maternité.

« Ca reflète vraiment notre travail ! Combien on a fait de ventouses, de forceps, de césariennes, si c'était en urgence, si c'était programmé, combien on a fait de délivrances artificielles, de révisions utérines... » (Cadre de santé, maternité, entretien MO-12)

Le réseau « mouline » ensuite les données de toutes les maternités membres, et diffuse les résultats au cours d'une réunion, en identifiant nominativement « le meilleur » établissement, le « moins bon » ainsi que les moyennes par types d'établissements (privé ou public) et par niveaux de maternité.

« On est toujours très satisfaits, parce qu'on est toujours cité dans les meilleurs privés, et [le principal établissement concurrent], ils sont dans les moins bons privés [rires]. Et comme on est concurrents, je peux vous dire qu'on est relativement fiers ! Par exemple notre taux de césariennes il est plus bas que le niveau national, et que les maternités publiques du réseau... Nous, on est les meilleurs en taux de césarienne, et [le principal établissement concurrent] ils sont les plus mauvais ! [...] Nous, on le perçoit bien parce qu'on est fier... Parce qu'on travaille bien... [Le principal établissement concurrent], j'imagine qu'ils doivent être dans leurs petits souliers... » (Cadre de santé, maternité, entretien MO-12)

Un système comparable de « benchmarking » est déployé par le réseau de coordination en cancérologie auquel participe la Clinique des Erables. A travers la « fierté » que suscite la mise en comparaison chez « les meilleurs », et l'anxiété que ressentent sans doute « les moins bons », « dans leurs petits souliers », la comparaison a bien une forte dimension affective qui joue fortement dans la capacité de la quantification à auto-discipliner les acteurs (Sauder et Espeland, 2009, p. 64). La comparaison et ses formes graphiques simplificatrices, travaillées par les acteurs locaux, participe de la « réactivité » aux « mauvais résultats » qui a déjà été mise en évidence à plusieurs reprises. Les acteurs professionnels apprennent à tracer, à mesurer, à comparer, à évaluer certains aspects de leurs pratiques, et à les modifier pour les faire correspondre aux critères mesurés.

En somme, si cet essor de pratiques de comparaison formalisées, quantifiées, et transversales ne porte pas à lui seul une dynamique de « mise en concurrence » brutale des établissements, il n'en est pas neutre pour autant. Cette dynamique opère subtilement. La mise en équivalence par les IQ porte en elle l'idée que les hôpitaux et les cliniques, en dépit de leur diversité et de leur hétérogénéité, sont suffisamment semblables pour être comparés sur les mêmes critères. Si cette idée suscite des oppositions dans les quatre établissements, avec la critique de tel ou tel IQ paraissant « mieux adapté au public » (ou inversement), elle est, dans le même temps, séduisante pour les acteurs.

« Le principal avantage à tous ces indicateurs c'est leur objectivité, et leur adaptation à tous les établissements. On a des établissements qui sont très disparates entre public privé, et même entre privés... Donc on a forcément besoin d'avoir des outils qui sont utilisables pour tout le monde, pour comparer les établissements entre eux. Et donc les indicateurs ont cette puissance justement pour voir des choses. » (Chirurgien digestif, membre du directoire, entretien MO-11)

« Utilisables par tout le monde », ces outils portent en fait un modèle implicite très normatif de « l'établissement de santé » moderne et rationnel, stratège et auditable, informatisé, maîtrisant son activité et sa qualité, reposant sur un processus de prise en charge davantage pensé, justifié, organisé, coordonné, formalisé, et tracé. En favorisant, à leur niveau, une perception accrue de la concurrence et l'essor de pratiques de comparaison, les IQ contribuent à une homogénéisation en puissance des organisations de soin. Comme l'a montré la section précédente, cette homogénéisation est déjà bien visible dans la convergence des supports matériels des activités de soin (dossiers patients), qui en viennent à se ressembler davantage dans les quatre établissements, suite aux transformations dont ils font l'objet pour permettre d'améliorer les scores. Cette dynamique subtile participe bien à une forme de standardisation des procédés, typique de la rationalisation industrielle (Gadrey, 1994, p. 188).

Une révolution cognitive : l'acceptation croissante de formes de contrôle extérieures

Finalement, à travers l'auditabilité, la mise en équivalence et le pouvoir disciplinaire qu'ils induisent, les indicateurs d'Etat sont bien avant tout une « technologie de l'âme » (Rose, 1990), capable de transformer subtilement mais profondément la manière dont les acteurs catégorisent leurs activités et font sens du monde social qui les entoure (Espeland et Stevens, 1998, p. 314). La

sociologie wébérienne a montré depuis longtemps que la rationalisation se joue, au moins en partie, dans les *esprits* des acteurs sociaux. Il faut donc prendre très au sérieux l'idée selon laquelle les « nombres » peuvent instiller une « éthique » (Porter, 1996, p. 45), un « imaginaire » (Hibou [dir.], 2013, p. 18), ou l'hypothèse de D. Segrestin selon laquelle les dispositifs de normalisation pourraient bien révolutionner le « *rapport cognitif* » des professionnels à l'organisation (1996, p. 297). A l'intérieur des établissements français, c'est un changement profond qui est en train de s'opérer : bon gré, mal gré, les professionnels se résignent à l'essor de formes de contrôle extérieures de leurs activités, qu'ils considèrent déjà comme inexorables alors même que les contrôles bureaucratiques ou concurrentiels effectifs sur la qualité demeurent limités dans les faits.

Pour bien mesurer l'importance de ce changement cognitif, il faut rappeler que cette évolution était pourtant loin d'aller de soi il y a encore quelques années, étant donnée la réticence initiale de la plupart des médecins à accepter des regards « non médicaux », quels qu'ils soient, sur leurs activités. Dans les quatre établissements, de nombreuses anecdotes sont mobilisées en ce sens, pour souligner l'évolution majeure réalisée au cours de la dernière décennie. De manière parlante, la directrice qualité du CH du Terroir se souvient des difficultés rencontrées lors de la première évaluation des dossiers par les indicateurs de la HAS.

« Au départ, les médecins n'acceptaient pas tellement l'idée qu'on puisse aller voir dans leurs dossiers... Même ça ! Quand on a pris les dossiers [pour les indicateurs IPAQH] pour les amener en bas pour l'évaluation, il y a des médecins qui nous interdisaient de le faire ! Qui refusaient de nous donner les dossiers ! Ils disaient qu'on allait les perdre, que c'étaient leurs dossiers, que ça restait dans leur service, et que c'était comme ça... » (Directrice qualité, entretien T-2)

Ce propos est très révélateur de la logique qui a longtemps dominé : les dossiers patients étaient vus comme un outil médical, appartenant uniquement à des médecins en mesure de « refuser » de les confier à des acteurs « administratifs ». Si toutes les difficultés de cet ordre n'ont pas été levées par les experts qualité, au fil des itérations de recueils d'IQ, cette idée que les médecins doivent « rendre des comptes » vis-à-vis de l'extérieur sur leurs activités s'est progressivement imposée dans les esprits. Qu'ils la perçoivent comme une dynamique positive ou négative, qu'ils lui résistent ou qu'ils l'accompagnent, à la fin des années 2000, la plupart des professionnels anticipent une dynamique d'usages multiples et croissants des IQ.

Les acteurs anticipent d'abord une demande sociale croissante d'informations de la part des patients. C'est, sans surprise, très palpable au sein du « premier cercle » de la qualité, comme ce médecin réanimateur président du CLIN, qui anticipe un affichage croissant d'indicateurs :

« Je pense, enfin ce n'est pas moi qui le pense, mais c'est évident, dans 10 ou 15 ans, on aura notre taux d'infections par chirurgien ! C'est une évolution. Nous, on aura en réanimation nos indicateurs de qualité qui seront affichés ! [...] On a déjà nos indicateurs du CLIN, ils sont affichés. On va vers une politique de transparence. Donc il faut s'y habituer le plus tôt possible. » (Médecin réanimateur, président du CLIN, entretien SP-14)

C'est plus surprenant dans le cas de nombreux acteurs qui se sont révélés plus critiques au sujet de la démarche qualité en général, et des IQ d'Etat en particulier. A l'image de ce médecin cardiologue, ces derniers se sont bien souvent résignés à ce qu'ils perçoivent comme une « évolution naturelle » de la société, sur laquelle ils n'ont, malheureusement, pas la main :

« C'est inévitable. Je pense que c'est une évolution naturelle de notre société, hein. De vouloir être informé. Il est tout à fait normal que certaines demandes des associations d'usagers soient tout à fait entendues... Ces indicateurs ne sont pas parfaits, je pense qu'il y a encore des progrès à faire... Mais ça sera certainement moins discutable que ce qu'on peut dire dans les journaux. » (Médecin cardiologue, entretien SP-17)

Ce dernier propos nous livre, dans le même temps, une clé d'explication qui fait sens : la démarche portée par l'Etat à travers les IQ parvient à « prendre » parce qu'elle est arrivée comme une « réponse » maîtrisée à des palmarès hospitaliers qui ont infusé depuis une quinzaine d'années ce sentiment d'inexorabilité d'un regard extérieur sur les pratiques médicales.

Si la discipline qui s'exerce sur les professionnels à travers les indicateurs d'Etat est aussi forte, en dépit d'usages effectifs encore incertains, c'est parce que les professionnels anticipent nettement un usage croissant des indicateurs par l'administration centrale et régionale, aux fins d'un contrôle plus explicite et plus « dur » qu'un simple usage dans la certification. De nombreux acteurs anticipent un réel usage des indicateurs dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens par les ARS, ou un usage financier direct des IQ, qui est alternativement perçu comme une valorisation des activités en lien avec la qualité et comme une « menace » pour les professionnels.

« Il y a des liens avec les finances. Enfin, ça va le devenir, même si ça ne l'est pas encore ! On tend vers ça. En gros "oh vous n'êtes pas bon là, si vous ne progressez pas vous n'aurez pas les sous". Ce n'est pas encore comme ça... Mais il y a toujours une sorte de menace qui nous plane au-dessus de la tête... » (Directrice des soins, entretien MO-4)

Cette « menace » plane d'autant plus que les acteurs locaux ont « appris » à l'occasion du déploiement du PMSI et de son usage en T2A qu'un outil initialement présenté comme un outil de connaissance pouvait facilement et rapidement devenir un outil de rationalisation managériale plus « dur ». Les professionnels vont jusqu'à anticiper des usages qui n'ont pourtant pas clairement été énoncés ni mis en avant par les institutions publiques, comme la question de la mise en comparaison individuelle des praticiens en fonction de la qualité de leurs prestations.

« Il y a une certaine cohésion dans le service, tout n'est pas rose, mais je pense que c'est une équipe qui fonctionne assez bien, et donc la comparaison entre médecins serait assez mal vécue, ça mettrait de la compétition là où il y a de l'émulation, ça serait dommage. [...]. Mais je pense que ça nous pend au nez, hein ! » (Médecin réanimateur, entretien SP-8)

Cette croyance forte en l'inexorabilité de l'évaluation quantifiée de la qualité et de ses usages bureaucratiques et, dans une certaine mesure, concurrentiels, est très largement la conséquence du portage multiforme décrit dans les chapitres précédents, opéré depuis les institutions publiques jusqu'aux « missionnaires » locaux de la qualité, en passant par tous les intermédiaires institutionnels, qui partagent cette croyance et contribuent à la faire advenir. Les professionnels ont été

progressivement « cernés » par l'ensemble de cette « conjonction » d'acteurs et de dispositifs, comme le souligne le médecin hygiéniste du CH du Terroir.

« Les médecins ont fini par comprendre que c'était incontournable, parce que, quelque part, il y avait quand même une conjonction : l'hygiéniste nous en parle, ICALIN, ICATB, ICSHA, la tenue du dossier patient, douleur, affichage dans le hall d'entrée, les experts visiteurs, la certification V2 qui en parlait... A un moment donné, quand il y a des faisceaux convergents, là, quand même, bon, "ce n'est pas un seul hurluberlu qui m'en parle, ça fait beaucoup !" » (Médecin hygiéniste, entretien T-9)

Dans les quatre établissements, même les plus « récalcitrants » concèdent, après avoir beaucoup critiqué les démarches qualité, à reconnaître certains aspects positifs du « contrôle externe » bureaucratique ou plus largement « sociétal ». Les usages externes des IQ d'Etat, encore incertains dans la pratique, sont déjà très largement « attendus » ou « redoutés » par les professionnels. A la fin des années 2000, ils sont fortement « *taken for granted* » à l'intérieur des établissements. Ce mécanisme de prophétie auto-réalisatrice (Merton, 1997), déjà mis en évidence dans le cas des *rankings* (Espeland et Sauder, 2007, p. 11), renforce l'institutionnalisation locale des indicateurs, leur capacité à discipliner les professionnels, à leur faire intérioriser activement les pressions institutionnelles. En s'enracinant, les indicateurs d'Etat instillent dans les logiques des professionnels du soin la résignation à un contrôle qui leur échappe, au moins pour partie.

« J'ai toujours plaidé pour que nous soyons contrôlés MAIS PAS PAR N'IMPORTE QUI. Et je voulais que ça soit les MEDECINS, eux-mêmes, qui mettent leurs outils de contrôle en place. [...] Bon, c'est passé par une voie administrative, mais je pense que ça aurait pu passer par une voie interne. » (Chirurgien orthopédiste, entretien MO-10)

« On est tous contre ce poids hiérarchique des tutelles, mais ça fait évoluer quand même. Tout n'est pas mauvais, dans la contrainte. » (Chirurgien orthopédiste, entretien E-13)

Il s'agit là d'une révolution cognitive discrète, qui affecte néanmoins en profondeur la manière dont les acteurs perçoivent leur place dans le système de soin et la manière dont ce dernier est régulé.

Ainsi, les indicateurs d'Etat contribuent bien à rendre les activités hospitalières davantage auditables, comparables, calculables. Si le contrôle bureaucratique et la concurrence induits par cette dynamique sont encore, dans les faits, limités, toute la force de ces indicateurs d'Etat est de porter subtilement des effets disciplinaires au cœur des établissements. Les professionnels, loin d'être passifs dans ce processus, en viennent pour la plupart à intérioriser en partie les contraintes, à normaliser certaines de leurs pratiques et de leurs organisations, et à accepter progressivement des formes de contrôle extérieures renforcées. De ce point de vue, les IQ équipent bien une rationalisation davantage *managériale* que professionnelle, lourde de conséquences.

2) Rationalisation, bureaucratisation et désenchantement

Comme l'a mis en évidence la sociologie depuis M. Weber (1995 [1921]), la dynamique de rationalisation des activités sociales n'induit pas seulement un accroissement de leur efficacité. Elle

s'accompagne aussi d'un contrôle social accru et de l'émergence d'une forme de domination rationnelle-légale plus froide, plus rigide, plus impersonnelle, qui pèsent lourdement sur les individus. Les acteurs sociaux sont comme piégés dans une « cage de fer » bureaucratique, qui participe inéluctablement d'un certain « désenchantement du monde »¹. Certains auteurs considèrent d'ailleurs que l'Etat de « l'ère néolibérale », profondément recomposé par le *New Public Management*, porte des formes renouvelées d'oppression et d'aliénation de ce type (Hibou, 2012). Dans le cas de l'hôpital, cette dynamique serait porteuse d'une marchandisation des services médicaux (Batifoulier et al., 2013), d'une mise en vulnérabilité des professions du secteur public, et « d'effets pervers » sur la qualité des soins (Belorgey, 2009, 2010, 2013). Quels rapports les IQ d'Etat entretiennent-ils avec cette dynamique ?

La qualité comme pendant d'une rationalisation économique brutale

Trois des quatre établissements sont fortement affectés par un vaste mouvement de rationalisation économique, largement lié (sans pour autant s'y réduire) à la mise en application de la tarification à l'activité (T2A)². Depuis une quinzaine d'années en effet, le déploiement d'indicateurs d'activité médico-économiques (PMSI) affecte lourdement le monde hospitalier : il s'accompagne de l'essor d'un vocabulaire néo-managérial (Pierru, 1999) largement intégré aujourd'hui par les gestionnaires d'établissement, par l'encadrement, et par certains médecins occupant des fonctions dirigeantes ; il se traduit par l'essor de nouvelles pratiques de comparaisons économiques (Benamouzig et Pierru, 2011), par des jeux de calcul et d'optimisation du « codage des actes » de la part des médecins et de leurs secrétaires médicales, qui sont bien visibles localement.

« Avant le PMSI on n'avait aucune connaissance de l'économie de la santé... On ne savait même pas ce qu'on faisait dans les hôpitaux... Et là, en une décennie, les médecins cliniciens se mettent à coder, à apprendre ce langage financier, de même que les administratifs qui sont obligés aussi maintenant d'aller un peu vers les médecins... Le monde hospitalier a complètement changé. » (Médecin DIM, entretien SP-9)

Ce grand mouvement se traduit aussi par une forme d'intensification du travail médical et paramédical dans les établissements (Gheorghiu et Moatty, 2013), qui est fortement mise en avant dans tous les entretiens. Si la démarche de rationalisation par la qualité s'est épanouie en parallèle de cette rationalisation économique, et si la qualité est bien souvent présentée comme « sanctuarisée » par rapport aux enjeux économiques, les deux démarches entretiennent des liens plus troubles qu'il n'y paraît de prime abord (Bertillot, 2014), notamment de par leur même filiation aux réformes institutionnelles de la fin des années 1990 (Plan Juppé), et de par les incertitudes concernant les usages

¹ Comme le soulignent d'autres auteurs (Espeland et Stevens, 1998, p. 321), Max Weber ne s'est finalement pas positionné clairement sur la capacité de chacune de deux faces du processus de rationalisation à l'emporter sur l'autre.

² Pour rappel, la Clinique Mont d'Or, qui a connu une période de forte croissance de son chiffre d'affaire, est beaucoup moins concerné par cette rationalisation économique que les trois autres établissements (voir chapitre 7).

financiers à venir des IQ généralisés par l'Etat¹. Le formidable déploiement de réglementations et de dispositifs concernant la sécurité des soins, la gestion des risques, la qualité des organisations et la normalisation des pratiques professionnelles peut s'interpréter comme le pendant de ce vaste mouvement de maîtrise des dépenses. Comme le résume simplement et de manière imagée cet urgentiste, cette rationalisation économique passe par le renforcement des fonctions de contrôle, au détriment des opérateurs du soin.

« Comme dans un avion, si vous enlevez un copilote au pilote, il faut doubler les systèmes électroniques, pour qu'il ne tombe pas en panne... » (Médecin urgentiste, entretien SP-12)

De nombreux acteurs professionnels « de terrain » saisissent dans leurs activités quotidiennes ce lien implicite entre deux formes de rationalisation pourtant différentes à bien des égards. Ces acteurs soulignent à quel point la diminution des durées moyennes de séjour, l'accélération du *turn-over* des patients, le déploiement du codage médico-économique et l'intensification du travail lié à toutes ces évolutions rendent nécessaire les démarches de formalisation et de codification des activités médicales, d'organisation de la continuité des soins, de normalisation des pratiques, sans lesquelles la recherche de productivité ne pourrait qu'avoir des conséquences néfastes sur le processus des prises en charge. Cette perception prend une forme particulièrement saisissante à l'Hôpital Saint Pierre, où la dynamique de rationalisation économique prend une forme plus brutale².

« Aujourd'hui, ça va beaucoup plus vite... Dans le service, on a 80 entrées par semaine et j'ai 4 infirmières [...] Si on veut faire de la qualité tout en réduisant le personnel et en augmentant l'activité, ça veut dire qu'on doit vraiment TOUT CADRER dans l'organisation ! Il ne faut pas qu'il y ait le moindre grain de sable dans l'engrenage [...] Il faut vraiment bien formaliser, protocoliser. Que quelqu'un qui rentre pour une coloscopie ça soit "comme ça, comme ça, comme ça". Il faut beaucoup anticiper les sorties, les demandes d'examen, parce que l'infirmière n'aura pas le temps de tout faire à la dernière minute... [...] Ça demande beaucoup de rigueur à tous les niveaux, paramédicaux, médicaux, sur le plateau technique, et il faut que TOUT SUIVE derrière. » (Cadre de santé, service de chirurgie, entretien SP-21)

Le champ lexical employé par cette cadre de santé est très révélateur de la double rationalisation dont elle a la charge. C'est pour augmenter la productivité qu'elle doit formaliser, cadrer, organiser les activités. Le cadre du bloc opératoire de l'établissement établit encore plus clairement le lien entre les deux aspects de la rationalisation, dont, selon lui, « il ne faut pas être dupe ».

« Plus on va vite, plus on prend des risques, et plus il faut les maîtriser en amont. [...] On nous met la pression sur l'économie, et derrière on nous impose des règles sur la gestion des risques. Donc tout est lié. » (Cadre de bloc opératoire, entretien SP-20)

¹ Le « codage des actes » n'est, d'ailleurs, pas étranger à la décision de construire des indicateurs d'Etat sur la « qualité du dossier », dans la mesure où seules des informations pertinentes inscrites sur le dossier patient permettent de contrôler la « qualité » du codage des actes PMSI.

² Pour rappel, cet établissement, jugé « sur-doté » en personnel par rapport à l'échelle nationale des coûts, est engagé depuis plusieurs années dans une série de « plans sociaux » et de « plans de retours à l'équilibre » qui ont réduits progressivement les effectifs médicaux et paramédicaux, et marquent profondément les esprits.

Le médecin interniste de Saint Pierre fait même directement le lien avec les indicateurs de qualité, en décrivant en quoi ce sont de profondes mutations de l'hôpital qui rendent nécessaire l'indicateur TRD.

« La médecine change, la prise en charge du patient change, et la façon dont fonctionne un hôpital a énormément changé... Quand j'étais beaucoup plus jeune, on était plus dans le service, très proche des infirmières, on assistait à beaucoup de relèves... On travaillait avec la même équipe, la même cadre, et on avait les informations qui étaient transmises régulièrement, on savait ce qui se passait. Actuellement, on travaille dans plusieurs étages, sur plusieurs services différents... Ces indicateurs deviennent indispensables pour notre fonctionnement, parce que si la douleur n'est pas marquée sur la feuille de température, on perd beaucoup de temps à chercher l'infirmière qui a vu le patient. » (Médecin interniste, entretien SP-13)

Mais la formalisation et la traçabilité ne sont pas simplement une manière d'organiser une continuité des soins rendue nécessaire par l'intensification du travail et la diminution du temps informel de coordination. Pour certains acteurs, elles permettent également de reporter sur les acteurs de terrain la responsabilité médico-légale des risques liés aux pressions économiques pesant sur les établissements. Plusieurs acteurs des quatre établissements dénoncent à ce sujet une certaine forme d'« hypocrisie » des pouvoirs publics.

« Les règlements sont faits pour protéger ceux qui les rédigent. C'est-à-dire qu'on ne veut pas prendre la responsabilité d'incidents qui pourraient se produire parce qu'on n'a pas les moyens. [...] Donc, à la base, il faut se débrouiller avec les moyens qu'on a, sachant qu'on est "hors la loi", et que s'il y a un "couac", ça sera pour nous. C'est comme ça qu'on le vit. C'est un exercice d'équilibriste. [...] Et c'est décliné aux différents étages. » (Médecin cardiologue, chef de service et responsable de pôle, entretien T-15)

Pour reprendre une expression employée par l'un des praticiens rencontrés, les acteurs professionnels « de terrain » ont, parfois, l'impression d'être « les dindons de la farce » de la maîtrise des dépenses de santé, contraints d'assumer les risques liés à la démarche de rationalisation économique et à ses effets pervers en matière de sélection des patients ou de diminution trop brutale des durées de séjour. C'est dire à quel point les relations entre ces deux aspects de la rationalisation sont ambivalentes : la rationalisation économique rend nécessaire la rationalisation par la qualité, et dans le même temps, le lien implicite existant entre les deux aspects suscite une forme de méfiance par rapport à cette démarche qualité, suspecte de participer d'une « dérive technocratique » du contrôle des activités hospitalières. D'autant que les contraintes induites par la qualité sont parfois perçues comme des « freins » à cet impératif de productivité.

Le poids de la traçabilité, ou le fardeau de la bureaucratiation

La mise en traçabilité des activités de soin n'a pas pour seule conséquence d'induire la rationalisation de la coordination du travail décrite dans la première section de ce chapitre. Cette rationalisation se fait au prix d'une pesanteur très clairement ressentie dans les quatre établissements de santé. En effet, le travail de traçabilité se révèle coûteux en temps, en énergie, voire en effets pervers pour les différents acteurs professionnels qui doivent l'assumer. Cette « face sombre » de la traçabilité renvoie à une dynamique de bureaucratiation bien mise en évidence dans la littérature qui

s'est intéressée aux démarches qualité (Mispelblom, 1999) ou aux démarches de normalisation dans l'entreprise (Cochoy et al., 1998; Segrestin, 1996).

De manière très convergente dans les quatre établissements, le recours à l'écrit est presque unanimement jugé « excessif » et « chronophage » par les professionnels, qui se disent « noyés sous la paperasse » et « pollués par les écrits ». La mise en traçabilité intensifie inégalement la charge de travail des différents acteurs hospitaliers. Qu'ils tiennent un discours plus virulent ou plus nuancé, les médecins sont les premiers à dénoncer une « dérive », qu'ils associent à une forme de « sale boulot » administratif qui les éloigne de leur cœur de métier, et qui s'impose de manière croissante lors de la prise en charge au bloc opératoire, dans les services de médecine, ou encore lors de leurs consultations. Tel chirurgien orthopédiste se plaint de la lourdeur de la « check-list » en vigueur au bloc opératoire, tel médecin urgentiste dénonce les « excès » de la traçabilité, tel chirurgien digestif explique qu'une consultation lui prend « environ deux fois plus de temps » pour la même activité, du fait de la traçabilité des échanges avec le patient et du fait de la nécessité d'éditer et d'imprimer les documents. Pourtant, les médecins parviennent bien souvent à se décharger de leurs tâches administratives en les faisant accomplir par leurs secrétaires médicales, par les cadres de leurs services ou par le personnel infirmier. Ce « glissement de tâches », particulièrement assumé par ce médecin cardiologue au CH du Terroir refusant de « faire du recopiage », est une pratique courante.

« En théorie, c'est le praticien qui doit recopier [les prescriptions]. A une période où on veut économiser du temps aux médecins, pour que les médecins se replient sur leur activité spécifique, en les libérant des tâches qui peuvent être réalisées par d'autres professionnels de santé... demander au praticien de faire du recopiage, ça me paraît aberrant ! » (Médecin cardiologue, chef de service et responsable de pôle, entretien T-15)

Du fait de cette « délégation du sale boulot » (Hughes, 1962), ce sont surtout les cadres de santé et les personnels infirmiers qui sont le plus fortement exposés à l'intensification du travail induite par l'essor de tâches de gestion (Amar, 1996) et par le développement de l'écrit (Acker, 2006). Certains cadres de santé et certains pharmaciens des deux cliniques considèrent que c'est « au prix de mallettes de travail rapportées à la maison » qu'ils parviennent à assumer cette nouvelle forme de traçabilité. La traçabilité est jugée « stressante » par des cadres qui adhèrent pourtant aux objectifs du travail lié à la qualité.

« On a beaucoup d'études... des fiches, à faire remplir par les collègues sages-femmes... [...] De la paperasse à remplir... L'objectif c'est de nous évaluer pour s'améliorer, sur l'hygiène, donc dans le fond, c'est bien, et puis c'est obligatoire... [...] Mais ça me bouffe, ça me stresse, j'ai pas du tout envie de le faire. ». (Cadre de santé, maternité, entretien MO-12)

Cette évolution est surtout ressentie par les infirmières rencontrées dans les quatre établissements d'enquête, et d'autant plus fortement qu'elles exercent dans des services où le « turn-over » des patients est important, le paroxysme se retrouvant dans les services ambulatoires où le rythme d'entrées et de sorties des patients est très élevé. Cette évolution est mise en avant à travers une pluralité de discours allant du militantisme au ressenti plus mesuré d'une certaine « lourdeur

administrative », en passant par le registre ironique désabusé typique du discours de cette infirmière ravie de profaner par un trait d'humour l'impératif de traçabilité.

« Je suis contente d'arriver à la retraite. [...] On passe toute la journée à remplir des formulaires. Donc il faut courir après les médecins, il faut tout vérifier. Un tiers de mon temps passe à ça. Il y a de plus en plus d'écrits. C'est tous ces trucs qualité, les lois récentes... il y a de plus en plus de réglementation. Ici, depuis 2001, le dossier patient je pense qu'il a doublé de volume ! Maintenant, vous savez, si on pète, il faut l'écrire ! [rires] » (Infirmière expérimentée, entretien E-22)

L'intensification du travail n'est toutefois pas le seul angle de dénonciation des « excès bureaucratiques » liés à l'essor de la traçabilité. Le recours à l'écrit ne donne pas simplement *plus* de travail, il a aussi un effet sur la *nature* du travail des professionnels. Ces derniers dénoncent essentiellement deux types d'« effets pervers » liés au déploiement de la traçabilité. Les soignants regrettent, premièrement, une forme de déshumanisation du travail de soin, liée à l'essor de ce « temps administratif » formalisé, au détriment d'un temps plus informel passé à « écouter » ou à « échanger » avec les patients. Les différents acteurs professionnels se retrouvent pour regretter plus ou moins durement cette évolution, en soulignant que les dimensions « informelles » du travail (écoute, contact, empathie, réassurance), échappant par définition à toute traçabilité, font partie intégrante d'une activité de soin « de qualité ». Pour utiliser le vocabulaire de M. Power (2005 [1997], p. 13), ces professionnels regrettent que les aspects « auditables » du soin se retrouvent *de facto* mis en valeur aux yeux de tous, alors que d'autres aspects essentiels, privés de cette visibilité, deviennent les « parents pauvres » du travail au quotidien, reposant uniquement sur la bonne volonté des acteurs professionnels.

« Il n'y a plus aucun contact humain... Ça, c'est terrible. [...] Il y a une grosse amélioration en ce qui concerne le dossier, mais c'est lourd. Parce que tu dois écrire toutes les prescriptions. Tu ne parles plus à personne, il n'y a plus de rapport entre médecin et infirmière, et infirmière et patient. On est dans une évolution technocratique. On aura des dossiers super, mais plus de contact... » (Chirurgien orthopédiste, entretien E-13)

Ce ressenti général prend toute son acuité dans certains services spécifiques. Pour bien le saisir, il est intéressant de s'arrêter un instant sur le cas du service de cancérologie de l'Hôpital Saint Pierre, prenant en charge des patients atteints de cancer en phase terminale. L'infirmière expérimentée qui travaille à la coordination des soins palliatifs dans ce service vit son activité comme un engagement personnel fort dans l'accompagnement des personnes en fin de vie. Or, c'est avec méfiance qu'elle considère les effets de la traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le dossier patient, valorisée par l'indicateur TRD, qui n'est « pas dans sa culture ».

« C'est "écrit"... Mais à mon avis, vous faites une croix, vous mettez une douleur à 7, vous marquez la prescription, vous avez fait votre boulot ! Mais qu'est-ce que ça évalue au niveau de la qualité de votre travail ? Vous ne pouvez pas dire que vous avez BIEN fait votre travail. [...] Un patient qui se tord de douleur et qui me dit "Madame, j'ai mal", ça m'interpelle de la même façon ! [rires]. Il y a de la relation, et vous vous rendez bien compte que rester 5 minutes, quand vous sortez de la chambre, il a moins mal... Parfois la douleur et l'angoisse sont tellement mêlées... En apportant un petit quelque chose sur l'écoute et la présence, la douleur est parfois plus supportable... » (IDE expérimentée, cancérologie, entretien SP-23)

C'est donc sans conviction, et surtout dans une logique de « conformité », que cette infirmière se prête au jeu de la mesure de la douleur par l'échelle d'évaluation. Pour elle comme pour d'autres professionnels, attirer l'attention sur la seule traçabilité, au nom du contrôle des activités, peut se faire au détriment d'une dimension « qualitative » du soin difficilement commensurable mais dont les professionnels font l'expérience au quotidien, et qui n'est malheureusement pas valorisée directement par ces IQ.

« Ce n'est pas que sur des papiers, les soins. Il faut faire attention. C'est dangereux. Parce que c'est la communication avec le patient, qui fait qu'on a une qualité de prise en charge. Et pas les papiers... Donc on est en train de détruire le temps d'échange avec le patient... A un moment donné, stop, il faut arrêter d'être trop dans la notification, dans la procédure, on est en train de casser la relation ». (Cadre de santé, entretien SP-21)

Des médecins dénoncent un deuxième type d'effet pervers : les conséquences négatives de l'application trop brutale de règles de traçabilité dans certaines circonstances du travail de soin. Dans la majorité des cas, cette dénonciation se fait autour d'aspects sans réelle « gravité » pour la prise en charge : au bloc opératoire de Saint Pierre, on critique l'absurdité de certains critères de traçabilité, incompatibles avec les « pratiques réelles » d'un bloc opératoire sous pression. Plus rarement, la rigidité bureaucratique peut toutefois avoir des conséquences majeures dans la prise en charge. Ce problème est bien mis en évidence par le chirurgien orthopédiste de la Clinique Mont d'Or, qui raconte avec un certain emportement une situation qu'il a vécue récemment.

« Samedi dernier : j'opère en urgence une petite qui avait une infection bactérienne du genou. Je laisse tout en plan, je lâche ma consultation. J'opère, je prescris sur le dossier médical qu'il fallait mettre [tels antibiotiques], telle dose pendant tant de temps. Je repasse voir la cocotte quand j'ai terminé ma consultation dans l'après-midi. PERSONNE n'a commencé le traitement parce qu'il n'est pas marqué sur ordinateur. Cette petite qui aurait dû avoir son traitement antibiotique à partir de 9h30, elle l'a eue à partir de 16h. J'appelle ça une FAUTE MEDICALE. » (Chirurgien orthopédiste, entretien MO-10)

Ce chirurgien ne manque pas de dénoncer, à travers ce qu'il présente comme un « cas concret de terrain », un « délire administratif », une « dérive bureaucratique » délétère.

« La prescription est FAITE. Elle est SIGNÉE. Datée. Horodatée. Or, on est dans une clinique où les infirmières ont reçu INSTRUCTION de ne pas mettre en application une prescription qui n'est pas marquée dans l'ordinateur, alors qu'elles l'ont sur un PAPIER MEDICOLEGAL. [...] Je ne dis pas que le dossier informatique, il faut le mettre à la poubelle... Mais il y a un moment où il ne faut pas être jusque-boutiste. [...] C'est à nous de décider, et pas à un administratif qui n'est pas sur le terrain. » (Chirurgien orthopédiste, entretien MO-10)

Ainsi, la montée en puissance de l'objectivation écrite et de la quantification s'accompagne dans les hôpitaux d'une intensification du travail, d'une forme de dépersonnalisation de la relation de soin et d'une rigidité bureaucratique croissante. Si ces ressentis sont plus fortement mis en avant par les professionnels du deuxième et du dernier cercle de la qualité, on les retrouve également parfois articulés aux propos plus enthousiastes tenus par les professionnels du premier cercle qui se montrent souvent réflexifs sur les « limites » d'une traçabilité dont ils reconnaissent certains aspects positifs.

Un certain désenchantement du monde hospitalier

De manière très similaire dans les quatre établissements, les indicateurs d’Etat participent, à leur mesure, d’un désenchantement plus général de bon nombre d’acteurs vis-à-vis de leurs activités professionnelles. En premier lieu, ce désenchantement prend la forme du lourd ressenti d’une mise en accusation des compétences et des motivations des professionnels. De nombreux acteurs regrettent, non sans une certaine amertume, la « suspicion généralisée » qui règne depuis la fin des années 1990 autour des activités du soin, en matière de « sécurité » comme en matière de « productivité du travail ». Le plus souvent, ce sont les médecins qui se montrent sensibles à cette mise en cause, qui est toutefois loin d’être l’apanage des médecins critiques par rapport à la qualité. On retrouve ce ressenti sous une forme particulièrement saisissante dans ces propos tenus par le médecin réanimateur qui s’est beaucoup investi dans l’évaluation des pratiques professionnelles à l’Hôpital Saint Pierre, et qui confie en fin d’entretien sa « lassitude » par rapport à la « crise de confiance » généralisée.

« Des médecins foireux, pourris, ok, il y en a... Mais maintenant, il y a une espèce de suspicion permanente, "qu'ils sont mauvais", "qu'ils ne foutent rien", "qu'ils se foutent de tout"... C'est pénible quand même ! [...] C'est quelque chose qui me dérange beaucoup, parce que ce n'est pas vrai, quoi ! Tout le monde essaye de bien faire son travail... C'est lourd ! Il y a des milliers de gens qui sont sauvés, tous les jours, dans les services de réa, de médecine... Donc c'est un peu USANT et lassant... » (Médecin réanimateur, entretien SP-8)

Ce jeune médecin réanimateur considère qu’il s’agit là d’un « retour de bâton » par rapport à la position dominante de ses aînés qui ont, pendant trop longtemps, « profité de leur pouvoir » sans toujours prendre en considération leurs patients comme il le fallait. Il regrette que ce soient « les jeunes médecins d’aujourd’hui » qui « payent les pots cassés ». Il établit le lien entre ce ressenti et les palmarès hospitaliers, ainsi que, dans une moindre mesure, les indicateurs d’Etat, qui ont au moins le mérite de « mettre tout le monde d’équerre » sur la question de la sécurité des soins. Certains acteurs professionnels établissent un lien clair entre la démarche d’évaluation « chiffrée » de la qualité et le sentiment d’une remise en cause de leurs compétences, ou d’un « manque de reconnaissance ».

« J'aime pas être ordinatisée, moi [rires] ! Ces gens-là qui font des statistiques, moi, je trouve qu'ils perdent leurs temps ! [...] Tous ces gens qui viennent voir comment on fait, ils croient sincèrement que c'est pour avoir un meilleur fonctionnement. Moi je veux bien. Mais enfin on a eu une formation, et on sait travailler ! » (Infirmière expérimentée, entretien E-22)

C’est plus généralement le sentiment de ne plus maîtriser intégralement l’évolution des exigences dans le contenu des pratiques autour du soin qui caractérise la perception de nombreux praticiens. Les règles imposées à tous et de l’extérieur par les IQ au nom de formes de contrôle plus externes paraissent souvent arbitraires et insuffisamment justifiées médicalement. Par exemple, pour le neurologue de l’hôpital Saint Pierre, l’obligation réglementaire de tracer l’indice de masse corporelle (IMC) de tous les patients en neurologie se révèle contre-productive par rapport à une mesure ciblée du poids des patients ayant un problème à ce niveau.

« Il faudrait que tout le monde ait son IMC. Pour nous, c'est une perte de temps considérable, pour un intérêt médical qui est nul, archinul. Le faire pour tout le monde, ça n'a aucun sens. » (Médecin neurologue, entretien SP-15)

Il s'y conforme de mauvais gré par souci du score de son établissement à l'indicateur de dépistage des troubles nutritionnels (DTN). Le cadre coordinateur des soins de la Clinique des Erables fait part, lui aussi, de ses désillusions et de sa « dissonance cognitive » par rapport à la démarche qualité en ce qui concerne le caractère « absurde » de « l'amélioration des indicateurs pour l'amélioration des indicateurs », qui « pervertit le système ». Plus généralement, les praticiens des quatre établissements sont nombreux à souligner, parfois avec humour, le caractère « contraignant » de la rationalisation en cours, qu'ils sentent échapper, au moins en partie, au contrôle légitime de leurs représentants.

« A chaque fois qu'on accepte de rentrer dans une contrainte, "boum", on nous redonne un petit coup sur la tête pour nous améliorer [rires]. » (Gynéco-obstétricien, entretien MO-8)

« Je trouve que c'est très "administratif parisien", quoi. C'est des technocrates qui imposent beaucoup de choses. [...] Ce sont des gens qui n'ont jamais opéré, et qui amènent beaucoup de contraintes dans notre environnement... » (Chirurgien orthopédiste, entretien E-13)

Les acteurs font le lien entre cette « crise de confiance » et les différentes affaires médico-légales qui ont régulièrement fait la une des médias nationaux et régionaux depuis une vingtaine d'années. Dans deux des établissements, le lien prend une forme très concrète, du fait des « affaires » qui ont profondément marqué les professionnels. Ce désenchantement prend ainsi, en deuxième lieu, la forme d'un fort sentiment d'insécurité dans l'exercice des activités professionnelles au quotidien, qui caractérise surtout les praticiens exerçant des spécialités « à risque » comme l'anesthésie ou la chirurgie, ainsi que les infirmières exposées aux erreurs d'administration de médicaments. Dans un contexte général d'intensification du travail, de recours croissant à l'intérim, de « glissement des tâches » et d'augmentation des contraintes de traçabilité, de nombreux professionnels font état de leur « stress », voire de leur « angoisse » face à un risque médico-légal qu'ils estiment accru. Les professionnels ont le sentiment de « prendre des risques », d'engager leur responsabilité, et se sentent « menacés » par la possibilité d'un accident. C'est particulièrement palpable au CH du Terroir, où la cadre du service de nuit explique que les infirmières viennent parfois travailler « la peur au ventre ». L'infirmière anesthésique du Terroir explique de son côté comment un accident autour des prescriptions, qui a eu lieu à l'hiver 2009 dans un autre établissement, a eu une traduction bien concrète dans ses activités.

« Il y a eu des soucis au niveau national, mais ça a des répercussions sur tous les établissements. Parce que les gens, ils écoutent les médias, ils ne sont pas en confiance. Et maintenant, on pose un flacon, ils regardent ce que c'est. Et on est tenu de leur expliquer ce que c'est. C'est vrai que je ça peut faire peur aux gens. [...] Mais nous, ça nous stresse, quand même. » (Infirmière anesthésique, entretien T-23)

La traçabilité accrue des activités joue un rôle ambivalent dans ce désenchantement lié à ce que plusieurs professionnels qualifient comme une « société procédurière ». Si, d'un côté, elle offre une

certaine forme de « couverture » lorsqu'elle est mise en œuvre convenablement, d'un autre côté, toute incartade à cette traçabilité peut être à l'origine d'une responsabilité en cas de problème.

« C'est l'horreur [rires]. On nous demande de plus en plus d'écrits, parce qu'il y a de plus en plus de procès. C'est une sorte de protection aussi ! Dès qu'on a un "couac" avec le patient ou la famille, il faut qu'on écrive tout en détails, au cas où il y ait un procès. » (Infirmière expérimentée, entretien E-21)

Le niveau de traçabilité prescrit est parfois difficile à atteindre dans le travail au quotidien, ce qui contribue à une mise sous pression des acteurs qui se savent alors « hors la loi ». Dans les quatre établissements, la métaphore des « parapluies » est souvent mobilisée pour décrire cette logique de « protection » médico-légale par le recours à des traces écrites qui n'ont pas forcément d'autre intérêt.

« Les parapluies sont grand ouverts là ! [rires]. [...] Malheureusement, on est dans une société où il faut que ça soit comme ça... Moi, ça me fait suer, hein, tous les papiers ! Mais, après, s'il y a une complication chirurgicale ou d'anesthésie qui n'a pas été signalée, la personne peut dire "mais attendez, vous ne m'aviez pas mis au courant !"... » (Infirmière, entretien MO-15)

Ce sentiment de « mise en accusation » permanente et cette impression d'être « surveillé » par l'intermédiaire de traces écrites réglementaires est décrit comme très « perturbant ».

Alors que les personnes exerçant les métiers du soin mettent souvent en avant un goût du contact humain, du « travail bien fait », et de l'aide apportée au patient, ces évolutions paraissent bien souvent absurdes. En troisième lieu, ce désenchantement prend ainsi la forme plus générale et bien partagée entre les différents groupes professionnels d'une perte de sens des activités de soin, pour des acteurs qui ne « se reconnaissent plus » dans ces évolutions anxiogènes du secteur hospitalier. Sans aller jusqu'à décrire une forme « d'aliénation », certains professionnels se montrent amers, et utilisent des termes durs pour qualifier l'évolution de leur contexte de travail, en l'attribuant à une forme « d'industrialisation » des soins. Ce ressenti très général prend une forme presque pure dans les propos tenus par une infirmière critique :

« Depuis qu'on nous parle de qualité, on n'est justement plus dans la qualité, tiens ! On est dans l'abattage. Dans la rentabilité. Mais il n'y a pas qu'ici, hein. On est dans la société du profit, et du CAC 40 ! Notre travail il a évolué très mal [rires aigres] [...] C'est depuis qu'on parle de "clients" au lieu de "patients". C'est arrivé comme ça, suite aux deux accréditations. » (Erables, Deux IDE, service chirurgie, E-23)

Cette perte de sens ne se retrouve pas uniquement dans les discours les plus critiques et politiquement engagés dans la dénonciation des effets pervers de la gestion privée dans le secteur des soins. Elle est aussi perceptible dans de nombreux discours réflexifs indexés sur des situations vécues, comme celui tenu par l'une des cadres de santé de l'Hôpital Saint Pierre, bien placée pour saisir les recompositions en cours puisque c'est justement son travail de les mettre en œuvre en faisant « pour le mieux ».

« L'âme du soignant, c'est qu'on cherchera toujours à faire de la qualité. En réduisant le personnel, je vois bien... Les infirmières, elles ont très très peur de ne plus faire de la qualité... Il faut travailler plus, mais avec moins de personnels, donc on se dit qu'on va finir par faire de la "hors qualité"... [...] Ca m'inquiète... Je ne sais pas comment on va faire... On n'est pas dans une usine à boulons, quoi ! » (Cadre de santé, service de chirurgie, entretien SP-21)

A notre sens, ce type de propos n'est pas réductible à un discours de principe. Il révèle un questionnement profond, qui anime cette cadre expérimentée inquiète pour l'avenir de l'établissement dans lequel elle a fait une bonne partie de sa carrière¹, et soucieuse quant à l'avenir de ses jeunes collègues entrant dans le métier. Si de telles références au « modèle » ou plutôt au « contre-modèle » de l'industrie sont nombreuses dans les entretiens, c'est parce qu'elles constituent une manière, pour de nombreux acteurs, de faire état de cette foule de changements dans lesquels ils sont pris et ne se reconnaissent plus. Les acteurs professionnels soulignent, dans le même temps, les spécificités du secteur hospitalier et les dangers de ce qu'ils perçoivent comme une forme « d'hôpital-entreprise » absurde puisque mal adaptée au « travail sur l'humain ».

« Il faut de plus en plus remplir des papiers, pour PROUVER ce qu'on a fait... Je peux l'entendre dans la conception entreprise... Par exemple, toutes les phases de la construction d'un moteur... Mais, là, on n'est pas dans une usine ! La qualité, on peut toujours la programmer, l'anticiper... Mais malheureusement on est tributaire du patient par rapport à sa prise en charge. On soigne des GENS. [...] C'est très dur à rationaliser... [...] On ne sait jamais de quoi sont faits les lendemains avec les patients. Et c'est ça qui est difficile à mesurer... » (Cadre de santé, service de chirurgie, entretien SP-21)

Ce désenchantement consubstantiel des dynamiques de rationalisation de l'hôpital n'est pas restreint à quelques acteurs critiques ou réticents. Il se retrouve, sous une forme ou sous une autre, dans les discours de très nombreux acteurs hospitaliers. Il s'accompagne parfois d'une adhésion résignée à la démarche qualité, bien perceptible dans le discours de ce cadre de santé.

« On a un penchant naturel pour la bureaucratization, on a envie de tout contrôler, de tout savoir... Et à cause de la réforme qui se développe depuis quelques années [...], on est obligé de mettre en place une politique de compliance stricte. C'est une idéologie ambiante dans la société. On a des contraintes qui sont avouées, et on a des recommandations, des tendances, qui font qu'on sent bien que de toute façon la tutelle s'appuie ou peut s'appuyer dessus. C'est insidieux, et donc on est bien obligé de se conformer. Il y a des gens qui sont peut-être un petit peu, comme moi, très critiques quant à la philosophie qui est derrière la démarche qualité, mais qui s'accordent à dire que par cette façon de travailler on améliore quand même les choses. Bon, c'est ça qui compte. » (Cadre coordinateur des soins, entretien E-18)

Ce désenchantement révèle, presque en négatif, à quel point les dynamiques de rationalisation de l'hôpital sont lourdement engagées et transforment la manière dont ses acteurs perçoivent leurs activités. Si ce désenchantement est loin d'être lié uniquement à la démarche de généralisation d'indicateurs d'Etat, ces derniers y participent directement, dans leurs liens avec la traçabilité, l'auditabilité et le contrôle bureaucratique.

¹ Le ton général de l'entretien réalisé avec cette cadre nous permet de l'affirmer. Elle se révèle tout particulièrement investie dans son établissement : elle y est cadre de santé depuis plus de dix ans, participe à la commission en charge de la relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUPEQ), s'investit dans la commission « culture », dans l'encadrement des étudiants infirmiers. Elle est aussi déléguée CFTC du personnel, et s'investit volontiers dans les démarches de qualité de son hôpital.

« *Moi, ces certifications et ces indicateurs, je trouve que c’est devenu de la police indirecte* ».

Directrice des soins, entretien E-4

Cette citation résume bien le second visage de la rationalisation par la qualité. A travers leurs effets de mise en quantification, de mise en équivalence et de mise en transparence, les IQ d’Etat ne constituent pas uniquement des « ressources » pour certains professionnels en mesure de se réapproprier les dispositifs (Castel et Merle, 2002), dans le cadre d’une démarche classique de rationalisation professionnelle (Castel et Robelet, 2009). Ils sont *aussi*, et dans le même temps, porteurs d’une forme de contrôle exogène sur les acteurs hospitaliers, qui sont nombreux à se sentir piégés par le déploiement d’une « cage de fer » de mesure et de contraintes qui pèse sur eux. Non sans anxiété, ils voient se déployer depuis la fin des années 1990 le « rouleau compresseur de l’Etat », qui s’attache à « mettre tout le monde d’équerre », c’est-à-dire à maîtriser davantage les dépenses hospitalières tout en contrôlant la qualité des prises en charge et en diffusant publiquement des informations permettant de l’évaluer. De ce point de vue, les IQ ne sont pas neutres : ils contribuent à cadrer, à formaliser, à organiser, à intensifier, à évaluer davantage le processus de soin. Ils induisent une forme de discipline sociale qui transforme en profondeur la manière dont les professionnels envisagent leurs activités et la régulation de celles-ci. Les dynamiques qui se font jour autour des IQ d’Etat recouvrent incontestablement une dimension de contrôle nouvelle, qui ne se réduit pas aux dynamiques professionnelles mises en évidence dans la première section.

Pour autant, la thèse de la rationalisation managériale se doit également d’être nuancée. L’enquête de terrain ne permet pas d’étayer un mouvement de « taylorisation » ou de « déprofessionnalisation » (Ritzer et Walczak, 1988) de la médecine au profit d’une industrialisation des établissements sous la pression de l’Etat. Non seulement l’autonomie professionnelle reste importante, mais elle constitue même une condition d’emprise de la contrainte bureaucratique à l’échelle locale. Pour reprendre les propos de cette directrice des soins pourtant très active en matière de qualité, si cette « police » est « indirecte », c’est bien parce qu’elle repose sur la complicité active des professionnels pour instiller ses effets dans les organisations de soin. Avec lucidité, non sans oppositions, nombreux sont les médecins et les paramédicaux qui se sont acclimatés et, pour certains, résignés à cette dynamique déjà perçue comme inexorable alors même qu’elle est encore émergente. C’est en fait une articulation nouvelle entre dynamiques professionnelles et managériales qui est à l’œuvre à travers cette rationalisation de l’hôpital aux deux visages.

Conclusion : une dynamique de rationalisation institutionnelle

« La HAS, c'est la référence au niveau la qualité. Depuis qu'elle est en place, c'est plus cadré, c'est plus carré, c'est plus surveillé... Pour moi, c'est une aide ET c'est un contrôle. Si je veux faire des protocoles, je vais aller voir sur le site de la HAS : les références, les bonnes pratiques, c'est intéressant. Après, ces indicateurs, la certification, maintenant, c'est affiché partout sur internet... Donc c'est la survie de l'établissement qui est en jeu ! Parfois, je me dis que tout ça, c'est contraignant... [Long soupir]. Et rébarbatif. »

Cadre de santé, entretien SP-21

A notre sens, cette citation résume particulièrement bien la dynamique complexe de transformation induite par les IQ d'Etat dans les établissements de santé.

Tout d'abord, à travers les mots qu'elle emploie, cette cadre de santé saisit bien la lourde dynamique de rationalisation wébérienne des activités de soin qui s'opère aujourd'hui d'une manière très similaire dans les quatre établissements de santé. Si ces derniers sont aujourd'hui plus « cadrés » qu'auparavant, c'est suite à la diffusion d'instruments plutôt discrets, à travers lesquels la qualité affecte en profondeur les organisations, les pratiques et les esprits des acteurs professionnels. Le changement que les IQ portent en douceur, c'est bien une tendance lourde à la formalisation, la codification, l'organisation, la traçabilité, la calculabilité et la prévisibilité accrue de certains aspects des activités médicales et paramédicales, non dénuées d'une certaine pesanteur bureaucratique jugée « rébarbative » par les acteurs. Loin d'être une bureaucratie professionnelle fixe et immuable, l'hôpital est incontestablement mis en mouvement par « l'impératif qualité ». Ce mouvement n'allait pas de soi au début des années 2000. Bien amorcé aujourd'hui, il est sans doute loin d'avoir porté tous ses effets.

Ensuite, cette cadre de santé met bien en évidence l'imbrication des deux visages de la rationalisation qui ont été décrits dans ces deux sections. D'un côté, les indicateurs s'inscrivent dans le prolongement d'une dynamique professionnelle bien établie autour de la qualité : ils sont perçus comme « une aide », une ressource mobilisée par les acteurs professionnels dans leurs activités et leurs relations locales. D'un autre côté, ils s'apparentent bien à une « contrainte » externe nouvelle, porteuse d'un carcan de mise en équivalence, de mise en transparence, de « surveillance », de contrôle et de discipline. Ces deux dynamiques sont bien les deux faces distinctes et irrémédiablement liées d'un même processus de rationalisation. Si les deux thèses mises à l'épreuve dans ce chapitre (rationalisation professionnelle *versus* rationalisation industrielle) permettent chacune de rendre compte d'une dimension essentielle et incontournable de la rationalisation à l'œuvre, aucune des deux n'est capable de saisir l'ensemble du tableau des effets des IQ d'Etat. Comme le soulignent d'autres auteurs, « *il est trop "schématique" d'opposer les projets managériaux et les intérêts professionnels* » (Bergeron et Castel, 2014, p. 140). Au risque de caricaturer quelque peu les positions en présence, on peut tirer quelques enseignements concernant les « points aveugles » de ces deux cadres

d'interprétation, dès lors qu'on les applique à des instruments de quantification comme les IQ. A la différence des « tenants de la rationalisation industrielle ou néo-managériale », les « tenants de la rationalisation professionnelle » insistent, à juste titre, sur les capacités de réappropriation et de « déclinaison » locale des dispositifs de la qualité par des acteurs professionnels réflexifs et stratégiques, loin d'être passifs dans le processus de leur déploiement (Castel et Merle, 2002; Castel et Robelet, 2009). Ils ont également raison d'insister sur la nécessité « d'y regarder à deux fois » (Segrestin, 1996, p. 295) avant de considérer comme acquis les effets de ces dispositifs en matière de contrôle hiérarchique, de marchandisation, de perte d'autonomie ou de mise en vulnérabilité des professionnels. Ce sont surtout des effets de grande ampleur de ce type que mettent très fortement en avant les critiques du *New Public Management* (Belorgey, 2010; Mas et al.), sans que l'on comprenne toujours que s'ils peuvent s'exercer aussi puissamment sur des acteurs professionnels pourtant organisés, dotés de compétences, d'autonomie et de pouvoir, c'est parce que ces derniers sont parfois en mesure de trouver suffisamment de *sens* et d'*intérêts* à ces dispositifs pour s'en accommoder, les tolérer, ou s'en emparer. Inversement, le cadre d'interprétation que proposent les « tenants de la rationalisation professionnelle » conduit à minorer le poids et l'efficacité de la contrainte qui peut s'exercer sur les acteurs à travers des dispositifs métrologiques dotés d'une certaine rigidité, auxquels les auteurs critiques du « new public management » se sont intéressés avec davantage de précision. Cette contrainte, dès lors qu'elle est relayée et intériorisée par les acteurs à travers des processus disciplinaires (Sauder et Espeland, 2009), peut porter un puissant mouvement de convergence des organisations et de normalisation des pratiques, qu'une approche surtout attentive aux contingences, aux réappropriations stratégiques et à l'hétérogénéité ne peut pas saisir complètement. L'étude empirique des effets des IQ dans les quatre établissements nous invite à considérer que ces deux visages contrastés de la rationalisation, loin d'être exclusifs l'un de l'autre et parfaitement contradictoires, peuvent jouer de concert pour transformer les organisations professionnelles (Gadrey, 1994, p. 193). Ils gagnent à être analysés dans leur articulation, dans les « négociations » (Strauss [dir.], 1992) qu'ils suscitent au niveau local. On peut même considérer que la force étonnante des « procédés mineurs » que sont les IQ (Foucault, 1975, p. 201) renvoie justement à cette équivoque fondamentale et aux jeux de discipline qu'elle induit. La puissance sociale des IQ repose sur cette « face claire » et cette « face sombre » aux yeux des professionnels, sur leur capacité à être mobilisés comme des ressources *et* des contraintes, à être perçus comme des dispositifs professionnels *et* managériaux, à susciter adhésion *et* anxiété, à se greffer sur des usages locaux *et* institutionnels, comme l'ont bien compris leurs concepteurs-promoteurs (Bérard et al., 2009).

Finalement, en pointant la « mise en place » de la Haute autorité de santé comme « la référence » qui est à la source de cette dynamique de transformation de l'hôpital, ce cadre de santé nous livre un indice utile pour rassembler les deux moitiés du puzzle de cette étrange rationalisation. La HAS s'est construite comme un espace de « compromis institutionnel » entre la profession

médicale et l'Etat (Robelet, 2002). Or, en s'emparant de la mesure de la qualité dans un objectif d'affichage public, la HAS a amorcé un glissement vers une logique de contrôle davantage externe des activités médicales, qui représente un changement notable par rapport à l'équilibre qui avait caractérisé ses débuts¹. Les IQ ont été composés à une étape charnière de cette évolution institutionnelle. Par la manière dont ils ont été construits socialement, par la façon dont ils sont techniquement bâtis, par les nouveaux acteurs qui les portent comme par les effets qu'ils induisent, les indicateurs d'Etat incarnent et catalysent ce mouvement d'« hybridation » des figures professionnelles et industrielles de la qualité (Robelet, 2002) au sein d'une dynamique *institutionnelle* nouvelle, émergente, à l'intégration bien amorcée quoi qu'encore inaboutie (Benamouzig et Pierru, 2011). Si cette dynamique institutionnelle n'induit pas une totale perte d'autonomie des professionnels du soin, elle recompose progressivement la manière dont s'exerce la régulation des activités hospitalières, de plus en plus entre les mains de nouveaux « agents de la rationalisation » (Gadrey, 1994, p. 188) eux-mêmes « hybrides », depuis les experts de la HAS jusqu'aux missionnaires locaux de la qualité. Cette dynamique institutionnelle, qui ne se déploie pas en un jour, est en train de transformer pas à pas les esprits et les pratiques des professionnels locaux, en les sensibilisant, de gré ou de force, aux enjeux transversaux du secteur hospitalier : maîtrise des dépenses de santé, enjeux de santé publique, et contrôle de la qualité des prises en charge.

¹ Voir chapitre 2.

Conclusion de la troisième partie

La force inattendue de la rationalisation en douceur

« The power attending public measures is not the obvious, self-interested power of elites, nor is it monolithic; it enters, inscribes itself, and operates differently than noisy, interested power. »

(Espeland et Sauder, 2007, p. 36)

Comment les indicateurs d'Etat affectent-ils les établissements de santé ? Le **chapitre 7** a analysé les mécanismes d'implantation des IQ d'Etat aux différents rouages des établissements d'enquête. Il a mis au jour la colonisation convergente des quatre cas empiriques par la dynamique d'évaluation de la qualité, induite par un processus qui émerge de la tension entre des contraintes institutionnelles pesantes et une variété d'appropriations professionnelles. Le **chapitre 8** a étudié le travail des principaux opérateurs locaux de cette colonisation convergente, décrits comme des véritables « missionnaires » de la qualité à l'hôpital. Il a établi la manière dont ces experts hybrides s'imposent comme un nouveau rouage hiérarchique, tout en œuvrant par leur travail de fourni à faire accepter les contraintes institutionnelles à l'intérieur des contextes professionnels, contribuant à secréter « par le bas » une dynamique d'intégration bureaucratique de plus grande ampleur. Le **chapitre 9** a finalement étudié les effets instillés par les IQ d'Etat au cours de leur enracinement. Il a mis en évidence l'intrication des « deux visages » de la transformation des hôpitaux à laquelle participent les IQ à travers les appropriations sous contrainte qu'ils suscitent. En induisant normalisation et coordination du soin, en relayant une approche *evidence-based* des activités médicales, ils se font les vecteurs d'une dynamique de rationalisation professionnelle. Dans le même temps, en instillant contrôle, concurrence, discipline, bureaucratisation et désenchantement, ils se font les relais d'une rationalisation néo-managériale des organisations de soin.

Alors que la capacité de ces dispositifs mineurs et récents à affecter les contextes professionnels était loin d'aller de soi, l'enquête empirique comparative aboutit ainsi à un résultat assez inattendu. Les indicateurs d'Etat sont en train de s'enraciner dans les établissements. Ce faisant, ils contribuent à instiller un processus de rationalisation wébérienne des activités hospitalières, lui-même « multiple » (Bergeron et Castel, 2014, p. 144), mais loin d'être neutre : ils contribuent à formaliser, quantifier, mettre en transparence et mettre en équivalence les activités hospitalières. A leur manière, ils étendent la prévisibilité, la calculabilité, la commensurabilité à l'intérieur des organisations de santé. Ils portent une approche particulière de la médecine, donnant une importance accrue à la traçabilité et à la formalisation des activités, à des formes de pratiques médicales « organisées », transversales, et plus ouvertes à la gestion, et à une forme élaborée de mise en transparence de l'activité hospitalière. Cette rationalisation s'accompagne de l'émergence de formes bureaucratiques renouvelées, portées par des acteurs au profil hybride qui intègrent de manière

croissante quoique inaboutie logiques professionnelles et logiques gestionnaires (Benamouzig et Pierru, 2011). Si elles n'ont évidemment pas métamorphosé du jour au lendemain les activités professionnelles, les normes portées discrètement par les indicateurs d'Etat sont parvenues à toucher certains aspects cruciaux des pratiques et des raisonnements médicaux, là où des dispositifs de tarification suscitant un certain « stress gestionnaire » peinent à atteindre le « cœur de l'activité » (Moison, 2010, p. 223).

A notre sens, la capacité inattendue des indicateurs d'Etat à transformer les contextes professionnels organisés provient dans une large mesure de leur mode opératoire original : ils instillent la rationalisation « en douceur ». A travers la tension entre contraintes et appropriations qui marque tout le processus, la colonisation par les IQ est loin d'apparaître aussi brutale et conflictuelle que le « marteau-pilon » du *New Public Management* à l'hôpital décrit dans d'autres travaux, qui insistent d'avantage sur les mécanismes normatifs et les résistances qu'ils suscitent (Belorgey, 2010; Mas et al., 2011; Pierru, 2012). Cela ne signifie évidemment pas qu'aucune tension n'entoure ce processus : ces trois chapitres ont souligné les formes très prégnantes de réticence, d'anxiété, et d'opposition à la dynamique de généralisation des IQ d'Etat dans les établissements. Mais ils ont surtout montré à quel point les tensions sont contenues et « négociées » (Strauss [dir.], 1992) localement, permettant aux IQ de progresser pas à pas dans les établissements sans contraindre trop brutalement leurs opposants, qui gardent leurs distances sans bloquer le processus d'ensemble. La douceur du déploiement de ces IQ à l'échelle locale, construite activement par les experts qualité à partir des caractéristiques des dispositifs, est loin d'être antithétique de l'exercice de contraintes institutionnelles. Les usages externes équivoques et inaboutis des IQ, la part de « flou » dans les technologies des instruments d'évaluation de la qualité (Berry, 1983, p. 18), le caractère « composite » (Benamouzig, 2014, p. 109) du motif porté par ces IQ néanmoins dotés d'un cœur normatif robuste, rencontrent à l'échelle locale « l'ambiguïté » des préférences (March, 1978, p. 598) des acteurs professionnels, permettant l'existence d'un certain « jeu » autour des règles contraignantes (Crozier et Friedberg, 1977). La douceur est une condition majeure de la capacité des contraintes institutionnelles à pénétrer les contextes locaux au-delà de simples réponses cérémonielles. Elle donne de multiples prises au processus de rationalisation, garantissant son déploiement et son effectivité. La rationalisation en douceur est alimentée par une multitude de facteurs. Elle se déploie de manière incrémentale et est en mesure de s'étendre de manière différentielle selon les contextes et les acteurs.

L'oxymore de la rationalisation en douceur, au-delà de son paradoxe apparent, ne livre-t-il pas un indice pour saisir comment la rationalisation des activités sociales et la bureaucratisation du monde peuvent s'épanouir en dépit des conséquences dysfonctionnelles que leur prête la sociologie wébérienne ? Avec M. Crozier (1963), on peut considérer que « *c'est parce que les formes d'organisation deviennent plus souples et rendent ainsi la participation des individus à des activités standardisées et contrôlées plus supportables, que celles-ci ont pu se développer au maximum.*

Autrement dit, l'élimination ou du moins l'atténuation de la rigidité des systèmes bureaucratiques d'organisation [...] constitue une condition indispensable de la croissance de la "bureaucratization" au sens wébérien. Finalement l'avenir n'est ni aussi favorable, ni aussi défavorable que les deux logiques opposées de la standardisation croissante des activités humaines et de leur libération sembleraient le laisser prévoir. Elles sont en effet toutes les deux à l'œuvre à la fois. [...] De nouveaux équilibres se reforment constamment à la place des équilibres anciens. Ils donnent à l'homme à la fois les avantages et les charges d'un plus grand raffinement et d'une plus grande complexité. » (Crozier, 1963, p. 354). Cette « souplesse » qui intéresse M. Crozier est analogue à la « douceur » du processus amorcé à l'hôpital autour de la dynamique institutionnelle en matière de qualité. Si les multiples acteurs de son déploiement portent bien des formes de « standardisation » et de « contrôle » des activités hospitalières, leur interaction et leurs échanges aboutissent à les rendre « supportables », assimilables, appropriables par les acteurs professionnels. La rationalisation qui se déploie à travers la qualité à l'hôpital induit sans doute moins la réplique de formes bureaucratiques existantes que l'émergence, en action et au concret, d'une forme recomposée de bureaucratie, moins déployée par des pouvoirs publics stratégiques et tout-puissants que secrétée dans l'interaction négociée d'une pluralité d'acteurs hospitaliers, de régulateurs de l'hôpital et d'intermédiaires entre ces univers. La dynamique qui s'est structurée autour de la qualité depuis le début des années 2000 est encore loin d'avoir porté tous ses effets sur les activités professionnelles et leur organisation.

CONCLUSION GENERALE

« In short, funny things are likely to happen when the bureaucratic strain of transparency meets blame-avoidance. »

(Hood, 2007, p. 208)

« La tarification hospitalière doit [...] évoluer [pour] mieux prendre en compte l'exigence de la qualité des soins et de leur pertinence. Des expérimentations sur ce point sont en cours. Nous devons passer au plus vite de l'expérimentation à la généralisation. »

(Extrait du discours de Marisol Touraine, prononcé le 4 mars 2013)

Cette recherche s'est ouverte sur un discours enthousiaste de Xavier Bertrand qui, en 2007, insistait sur l'utilité des indicateurs pour restaurer la « confiance » dans l'hôpital. Elle se clôt sur cette déclaration volontariste de Marisol Touraine qui, à peine six ans plus tard, affiche l'intention de faire des indicateurs qualité un volet de la tarification hospitalière, autant pour renforcer l'incitation des établissements à améliorer la qualité des prises en charge que pour en tenir compte dans des mécanismes de financement jusqu'à présent presque exclusivement indexés à l'activité médicale. L'histoire des indicateurs qualité ne ferait-elle que commencer ?

En quelques années, ces dispositifs se sont multipliés et généralisés à l'échelle nationale ; ils ont acquis une place importante et routinière dans la régulation publique ; ils ont été affichés sur les sites Internet de la majorité des établissements français ; des professionnels de santé de plus en plus nombreux ont pris connaissance de leur existence et participé à leur recueil. Pourtant, la capacité de cette « exigence » de transparence sur la qualité à s'institutionnaliser était loin d'aller de soi au milieu des années 1990, lorsque la puissante Fédération hospitalière de France organisait l'embargo des données médico-économiques face aux premiers palmarès de la presse et lorsque de nombreux médecins et gestionnaires d'établissements intentaient des actions en justice pour dénoncer l'intrusion de regards extérieurs et profanes dans les activités médicales et leur organisation. Entre temps, l'Etat a « pris des mesures » et construit des indicateurs bâtis pour être robustes, légitimes, et dotés d'autorité. Mineurs en apparence, ces dispositifs n'ont pas seulement permis aux pouvoirs publics de reprendre progressivement la main sur la « mise en transparence » de la qualité ; ils ont aussi participé activement à transformer l'hôpital.

Dans cette thèse, nous avons étudié comment cette étrange entreprise « métrologique » s'est épanouie au nom de la qualité et de la transparence dans le secteur hospitalier français au cours des années 2000, depuis sa genèse institutionnelle jusqu'à ses dimensions les plus locales. A partir d'une enquête de sociologie de l'action organisée sensible à la dimension instrumentale et cognitive de l'action publique, nous avons analysé comment elle a affecté discrètement la régulation institutionnelle de l'hôpital, l'organisation des établissements et les activités professionnelles.

1. Comment les indicateurs qualité rationalisent l'hôpital en douceur

En quoi la généralisation d'indicateurs qualité par l'Etat induit-elle un processus de rationalisation de l'hôpital ? Nous avons répondu à cette question de recherche en trois temps. La **première partie** de la thèse nous a d'abord emmenés dans les rouages des institutions de régulation de l'hôpital. Pour caractériser l'entreprise de déploiement des IQ d'Etat, nous avons retracé leur carrière institutionnelle : nous avons suivi l'émergence tumultueuse d'un motif d'action publique dans le contexte sanitaire singulier de la fin des années 1990 (chapitre 1), son institutionnalisation prudente sous la forme d'une instrumentation d'Etat généralisée dans la seconde moitié des années 2000 (chapitre 2), puis nous avons montré en quoi ces indicateurs constituent une technologie robuste et normative malgré leur caractère composite et l'ambivalence des croyances qu'ils suscitent (chapitre 3). Cette première partie nous a permis d'établir que la généralisation des indicateurs de qualité par l'Etat s'apparente à une entreprise de rationalisation collective, adossée à une pluralité d'usages sociaux. Elle s'impose de manière paradoxale dans un univers institutionnel complexe dont les acteurs cherchent à raffermir leur contrôle tout en évitant le conflit avec les professionnels de santé. Loin d'incarner une intention réformatrice claire portée par une élite politique machiavélique, ces indicateurs se sont imposés pas à pas et avec une certaine discrétion ; ils n'en ont pas moins fait évoluer la régulation publique hospitalière vers un contrôle accru des activités des établissements.

La **deuxième partie** de la thèse nous a ensuite conduits à l'interface de l'univers institutionnel et des mondes professionnels, où nous avons questionné la capacité des IQ à contrôler « à distance » les activités hospitalières, à partir de l'étude du travail multiforme d'une petite nébuleuse d'acteurs intermédiaires. En montrant comment des chercheurs-experts construisent la « validité » métrologique des indicateurs (chapitre 4), comment les représentants des professionnels bâtissent leur « acceptabilité » sociale (chapitre 5) et comment une pluralité d'acteurs opère leur déploiement à l'échelle régionale (chapitre 6), nous avons décrit plusieurs formes du travail d'intégration accompli par ces intermédiaires, au cœur de l'entreprise de rationalisation par les indicateurs. Cette deuxième partie nous a permis de montrer comment les différentes activités de cette nébuleuse intégratrice, en amont comme en aval de la construction des indicateurs, façonnent tout à la fois leur capacité à affecter les activités professionnelles et la « douceur » singulière de leur mode opératoire.

La **troisième partie** de la thèse nous a finalement emmenés à l'intérieur de quatre établissements de santé, pour saisir ce qu'il advient de cette entreprise de rationalisation lorsqu'elle est mise à l'épreuve des milieux professionnels organisés. Nous avons montré par quels processus complexes et plurivoques les indicateurs parviennent à coloniser quatre établissements de santé différents d'une manière très convergente (chapitre 7) ; nous avons souligné le travail d'intégration crucial accompli localement par des « missionnaires de la qualité » à la position hiérarchique et à la légitimité croissantes (chapitre 8) ; nous avons enfin saisi les deux visages des transformations induites

par ces formalités dans les établissements et dans les activités professionnelles, entre dynamique de rationalisation professionnelle et industrielle (chapitre 9). Cette troisième partie nous a permis de mettre en évidence la force inattendue de ces indicateurs qui, en s'enracinant localement sans faire de vagues, en viennent à affecter certains aspects importants des activités de soin à l'hôpital.

Ce plan d'ensemble, qui suit un raisonnement correspondant aux trois niveaux différents de l'action publique par les indicateurs qualité, ne doit masquer ni la concomitance ni le caractère articulé des dynamiques qualifiées dans chacune des parties, qui convergent dans le processus sociologique original que nous avons saisi par la notion de « rationalisation en douceur ». Comme nous l'avons souligné à de multiples reprises au fil des chapitres, ce processus à dominante verticale est secrété par les relations qui se tissent entre les acteurs de ces différents niveaux. Il correspond moins à la mise en œuvre mécanique d'une « décision » des élites politiques qu'à l'invention d'une manière originale de transformer l'hôpital et sa régulation, au cours d'un jeu complexe marqué par des échanges, des négociations, des apprentissages et des influences. En soulignant les caractéristiques transversales les plus importantes de ce processus de rationalisation en douceur, nous voudrions ici développer deux apports de notre recherche par rapport à d'autres travaux qui se sont intéressés aux mutations de l'hôpital ou, plus généralement, à la prolifération de dispositifs d'auditabilité et à leurs effets.

Le premier apport de la thèse réside dans la manière dont elle permet de *qualifier les transformations* à l'œuvre dans le secteur hospitalier. A la lumière d'une étude empirique approfondie de tout le chaînage de l'action publique par les indicateurs qualité, nous avons été amenés à souligner le caractère profond et transversal des changements de l'hôpital. Nous avons montré que la généralisation des indicateurs au cours des années 2000 a induit un ensemble cohérent de changements bien identifiables empiriquement : la régulation publique a glissé vers un contrôle étatique plus affirmé des établissements de santé et des activités professionnelles ; de nouveaux profils hybrides de « médecins gestionnaires » ont émergé et se sont renforcés à tous les échelons de l'action publique ; les établissements de soin se sont structurés et organisés pour répondre à l'impératif qualité porté par les institutions régulatrices ; les activités professionnelles ont été affectées par un recours croissant à la formalisation, à la normalisation, à la traçabilité, à la prévisibilité et la calculabilité véhiculées dans une nouvelle génération d'instruments de quantification ; des raisonnements managériaux et des logiques institutionnelles se sont progressivement fait une place à l'intérieur des bureaucraties professionnelles ; les gestionnaires d'établissements ont perçu de manière accrue la concurrence entre structures hospitalières ; un nombre croissant d'acteurs hospitaliers a intégré, bien souvent en l'anticipant, le principe de la reddition de comptes aux patients et aux autorités de tutelle... En somme, l'étude des IQ nous a permis d'établir une dynamique transversale qui s'apparente au processus wébérien de rationalisation formelle des activités sociales, s'accompagnant d'une intégration bureaucratique à dominante verticale du secteur, d'un renforcement d'une forme de contrôle externe des activités médicales et d'un certain désenchantement du monde hospitalier.

Telle qu'elle se donne à voir à travers la sociologie des indicateurs qualité, la transformation de l'hôpital n'est pas seulement profonde : elle apparaît aussi *rapide* par rapport aux dynamiques de rationalisation de long cours mises en évidence dans l'industrie (Chandler, 1977; Lefebvre, 2003). Palpables à l'échelle d'une dizaine d'années, les changements que nous avons mis en évidence contrastent fortement avec une vision « éternelle » de la médecine qui a longtemps marqué les raisonnements des sociologues, toujours enclins à voir dans les bureaucraties professionnelles des organisations ingouvernables, dans les régulateurs sanitaires des institutions irrémédiablement faibles par rapport au « pouvoir médical », dans l'autocontrôle médical une caractéristique indépassable du professionnalisme. Sans nier la part des continuités, qui sont régulièrement apparues au fil des chapitres, nos résultats convergent de ce point de vue avec les travaux qui insistent sur l'ampleur des reconfigurations à l'œuvre, dépassant un débat étroit entre déprofessionnalisation et persistance du pouvoir professionnel qui court toujours le risque de se résumer au dilemme de la « coupe à moitié vide ou à moitié pleine » (Timmermans et Kolker, 2004, p. 188). L'influence des médecins sur les mécanismes institutionnels de la régulation de l'hôpital, bien visible dans les travaux qui ont étudié l'institutionnalisation de la qualité au cours des années 1990 (Robelet, 2002), ne s'est pas seulement érodée, elle s'est aussi transformée : les élites de la profession se sont ouvertes aux raisonnements gestionnaires et économiques (Benamouzig, 2005), ainsi qu'aux logiques institutionnelles de maîtrise des dépenses et de contrôle étatique des activités ; elles exercent dorénavant moins leur pouvoir de l'extérieur que de l'intérieur des institutions de régulation du secteur, notamment par l'intermédiaire de nouveaux acteurs intermédiaires (Benamouzig et Pierru, 2011). Si le processus à l'œuvre en est probablement encore à une phase précoce, l'hôpital français du début des années 2010 est déjà bien davantage hiérarchisé, intégré et institutionnalisé que celui de la fin des années 1990 (Benamouzig et Robelet, 2014) ; le modèle de l'*organizational professionalism* s'y est partiellement imposé au détriment de celui de l'*occupational professionalism* (Evet, 2011) sans pour autant induire une « déprofessionnalisation » (Ritzer et Walczak, 1988). Ces résultats nous amènent aussi à nuancer la capacité des « ordres locaux » à résister aux dynamiques institutionnelles (Friedberg, 1993) ; à souligner que la capacité de réappropriation stratégique des acteurs professionnels autonomes (Castel et Merle, 2002) ne dilue pas complètement le caractère contraignant et hétéronome des instruments ; à considérer que la diffusion de normes n'aboutit pas toujours à davantage d'hétérogénéité (Segrestin, 1997). La « rationalisation en douceur » désigne bien – sans s'y réduire pour autant – ce puissant processus de transformation qui déborde les contingences locales pour affecter l'ensemble du secteur. L'enjeu est dès lors de saisir comment cette dynamique transversale, pourtant loin d'aller de soi à la fin des années 1990, a pu s'épanouir dans un contexte institutionnel *a priori* peu favorable à une telle dynamique.

C'est là le second et principal apport de la thèse, qui a mis au jour le mode opératoire original de ce processus de rationalisation, en montrant comment il s'instille *en douceur* aux différents rouages

de l'action publique hospitalière. Certains travaux attentifs aux effets du *New Public Management* ou des dispositifs managériaux ne problématisent pas véritablement les mécanismes sociologiques par lesquels les dispositifs de rationalisation peuvent se propager et exercer une emprise sur le monde social. Or, les logiques managériales ne flottent pas simplement « dans l'air du temps » (Ogien, 1995) ; les formalités « néolibérales » ne se diffusent pas par une sorte de « contagion » transversale (Hibou [dir.], 2013) ; les mécanismes d'adoption liés à l'efficacité et la légitimité institutionnelle des dispositifs (DiMaggio et Powell, 1983; Meyer et Rowan, 1977) ne restent pas éthérés à l'échelle macroscopique. En déplaçant le regard par rapport à ces travaux, nous nous sommes attachés à saisir *comment* ces indicateurs qualité ont pu voir le jour, être généralisés et s'enraciner pour affecter le monde hospitalier. Leur étude minutieuse nous a conduits à relativiser les aspects purement brutaux et conflictuels des transformations à l'œuvre à l'hôpital (Belorgey, 2010; Mas et al., 2011; Pierru, 2013) pour insister davantage sur le caractère complexe et « multidimensionnel » (Kalberg, 1980, p. 1172) de la rationalisation par la qualité. A la lumière de cette recherche, le processus de transformation de l'hôpital ne se réduit pas à son caractère formel : il a aussi une dimension plus diffuse, à la fois pratique, cognitive et axiologique ; il ne repose pas simplement sur l'exercice de la contrainte, mais aussi sur une multiplicité d'engagements de la part d'acteurs sociaux dotés de marges d'autonomie, de valeurs, de croyances et de capacités réflexives. La « douceur » de ce processus de rationalisation par les indicateurs qualité repose sur trois aspects transversaux qui gagnent à être explicités.

Elle doit d'abord beaucoup aux caractéristiques de *l'instrumentation* placée en son cœur. Certes, il faut accueillir avec méfiance l'idée que certains instruments seraient « fondamentalement nouveaux » : les évolutions des techniques de gouvernement reposent souvent sur des « glissements », des « reconversions-adaptations » ou des « recyclages » d'instruments existants (Lascoumes et Le Galès [dir.], 2004, p. 359). Les indicateurs qualité n'ont évidemment pas été créés *ad nihilo* : ils sont apparentés à une longue liste de dispositifs en matière de « qualité », allant des recommandations de pratique clinique à la certification des établissements, en passant par les revues de morbidité et les évaluations de pratiques professionnelles. A travers leur capacité à quantifier, à mettre en comparaison et en transparence, à nourrir des mécanismes de contrôle externe, ils ont toutefois incontestablement une part d'inédit, qui les rattache bien davantage au mouvement transversal d'essor de « l'auditabilité » (Power, 2005 [1997]). De ce point de vue, les indicateurs qualité présentent l'originalité d'incarner dans leurs formes hybrides la transition depuis des dispositifs de quantification et de normalisation fortement ancrés dans l'*evidence-based medicine* des décennies précédentes vers des dispositifs davantage marqués par le *New Public Management* qui a pris son essor plus récemment. Cette double appartenance des instruments se lit tant dans la pluralité de savoirs qui ont servi à les composer que dans les usages variés auxquels ils donnent lieu à l'échelle des institutions et des établissements. Ce caractère hybride et les nombreuses ambiguïtés qui en découlent constituent une dimension centrale de la capacité de ces indicateurs à se greffer sur d'autres dispositifs déployés

avant eux dans une logique plus professionnelle, tout en équipant des usages bureaucratiques et managériaux en train de se renforcer. Ce caractère hybride des instruments ne doit pas être interprété comme le fruit d'une « ruse d'Etat » mais comme le résultat du processus incrémental qui a amené les institutions à se saisir prudemment de la mesure de la qualité au cours des années 2000 et à négocier la construction et la diffusion des indicateurs d'Etat en tension avec les acteurs intermédiaires de la nébuleuse intégratrice. Le travail de l'instrumentation rend possible les médiations, les échanges et les compromis, qui se révèlent cruciaux dans la construction de la « douceur » du processus : « *les accords sont plus faciles à réaliser entre acteurs sur les moyens que sur les objectifs* » (Lascoumes et Le Galès [dir.], 2004, p. 26). Par le biais de ces IQ, le *New Public Management* se présente sous un visage acceptable pour de nombreux professionnels. En faisant appel à certains de leurs intérêts, de leurs valeurs et de leurs convictions, il trouve une emprise pratique sur des aspects importants des activités hospitalières.

La douceur du processus de rationalisation renvoie ensuite aux caractéristiques du *petit monde social* dont ces indicateurs constituent l'un des « étendards » (Boussard, 2001, p. 535). Autour de ces IQ et d'autres instruments d'évaluation de la qualité, c'est une nouvelle chaîne d'acteurs qui a pris forme et s'est progressivement renforcée au cours des années 2000, depuis la Haute Autorité de santé jusqu'aux « missionnaires de la qualité » qui émergent à l'intérieur des établissements, en passant par les acteurs des organismes régionaux de qualité. S'ils ne sont pas tous des « bureaucrates » au sens étroit du terme, ces acteurs ont tissé des liens et contribuent collectivement à la régulation de l'hôpital autour des instruments d'évaluation de la qualité. Par leurs profils et leurs parcours hybrides, ils participent à la dynamique d'intégration bureaucratique des professionnels de santé à l'intérieur du système institutionnel. Cette forme bureaucratique qui ne dit pas son nom a moins été déployée sous la forme d'un projet politique que secrétée au cours du travail opérationnel d'élaboration et de diffusion de l'instrumentation. De ce point de vue, les indicateurs qualité incarnent un type de régulation sociale original, caractérisé par la prudence, la recherche du compromis, le refus du conflit ouvert et la capacité à tisser des relations plus horizontales aux différents niveaux de l'action publique avec une multitude d'acteurs professionnels. Comme le soutient S. Kalberg, « *rationalization processes have been set in motion as significant sociocultural developments only when firmly rooted social strata have appeared as their "carriers"* » (Kalberg, 1980, p. 1169). A l'échelle circonscrite du processus qui nous intéresse, la rationalisation a trouvé dans ces acteurs hybrides de puissants vecteurs, fermement ancrés aux différents rouages de l'action publique hospitalière. A travers leur travail multiforme, en liant leur destin à celui de l'instrumentation, ils la font exister et lui permettent d'exercer une emprise sociale loin d'être négligeable. Par la qualité, cette étrange chaîne de régulation « gouverne sans en avoir l'air » (Belorgey, 2010), en ayant recours à l'influence plutôt qu'à la contrainte. Le pouvoir de « *recréation de mondes sociaux* » (Espeland et Sauder, 2007) des IQ ne repose pas simplement sur leurs effets propres, mais aussi sur une intense activité sociale de portage, de déploiement et de

conviction qui ajoute son énergie au processus à chaque niveau de l'action publique. Cette forme hiérarchique douce entretient des liens ambivalents et encore peu stabilisés avec la ligne hiérarchique administrative classique qui relie le ministère de la Santé aux directions d'établissement en passant par les tutelles régionales. Si la première s'est d'abord épanouie dans l'ombre de la seconde, elle a progressivement conquis, de par son mode de régulation original, une autonomie par rapport à l'administration, visible à la fois à l'échelle nationale, à l'échelle régionale et à l'échelle locale. A ces trois niveaux, la question de l'intégration entre les deux chaînes de la régulation se pose de manière croissante depuis le début des années 2010.

La douceur de ce processus de rationalisation se joue enfin très largement dans sa *dimension cognitive*. Nous avons montré au fil des chapitres que les indicateurs qualité, loin de se réduire à leur dimension instrumentale, gagnent à être analysés comme des « motifs cognitifs » (Benamouzig, 2005), ces compositions d'idées matérialisées dans des formes techniques, dotées d'une certaine robustesse et d'une « force propre » par rapport à leurs contextes sociaux d'élaboration et d'usage. La douceur de la rationalisation par les IQ tient en grande partie aux idées que ces motifs permettent d'agencer et de véhiculer. Le caractère composite de ces indicateurs constitue une modalité pratique de gestion et d'atténuation des tensions qui résultent de l'hétérogénéité sociale. Parce que les indicateurs hybrident dans un même substrat technique une diversité de savoirs, parce qu'ils équipent une pluralité d'usages sociaux différents, ils permettent l'engagement plurimodal d'une variété d'acteurs, depuis les institutions nationales jusqu'aux acteurs hospitaliers locaux. Ces indicateurs permettent d'articuler ce qui constitue leur cœur rigide – la quantification, la mise en transparence et en équivalence, la normalisation des activités de soin – avec une forme de plasticité dans les dimensions de la qualité évaluées et dans les usages sociaux dont ils peuvent faire l'objet. Ce caractère composite des indicateurs les dote de facettes managériales et professionnelles. Il est crucial dans leur capacité à exercer leur emprise. D'une part, parce qu'il permet aux principaux « experts » qui s'en saisissent aux différents niveaux de l'action publique de partager un socle commun de techniques, de savoirs, de principes et de croyances qui convergent dans la « philosophie » originale de la régulation sociale pointée ci-avant : s'ils croient en la nécessité et l'inexorabilité de la normalisation, de la mise en transparence et du contrôle accru des activités hospitalières, ils considèrent également que cette évolution ne peut se faire qu'en s'appuyant sur des instruments de mesure robustes et en suscitant l'adhésion et la participation des professionnels. C'est bien cette philosophie de la régulation qui a été instillée au sein des institutions de régulation dès le début des années 2000 par les acteurs les plus centraux de la nébuleuse intégratrice ; elle est tout aussi fortement mise en avant par les organismes régionaux, par les « experts qualité » et par certains professionnels du « premier cercle » à l'intérieur des établissements. Tout comme les « trous noirs du pouvoir » étudiés par P. Lascoumes et D. Lorrain (2007), le pouvoir de ces « prophètes » et « missionnaires » de la qualité est largement un « *pouvoir de diffusion de croyances* » (p. 8), qui réside ici dans la capacité à convaincre, à faire adhérer, à faire

circuler des idées et des valeurs attachées à des connaissances techniques. D'autre part, ce caractère composite est crucial parce qu'il nourrit le caractère pluriel et diffus de la rationalisation à l'œuvre. Au cours des mobilisations stratégiques et pratiques dont ils font l'objet, les indicateurs ont des effets cognitifs propres sur leurs utilisateurs : par une variété de mécanismes reposant sur la séduction, la discipline et la performativité des anticipations (Sauder et Espeland, 2009), ils affectent discrètement la manière dont les uns et les autres font sens du monde hospitalier, de son organisation et de ses pratiques. A travers l'enracinement de ces indicateurs dans la régulation publique, au cœur de la nébuleuse intégratrice et à l'intérieur des établissements, ce sont des « visions du monde » qui acquièrent un certain ancrage social (Kalberg, 1980, p. 1170). En pratique et en douceur, les indicateurs qualité véhiculent l'esprit de la quantification à des fins d'auditabilité et de contrôle jusque dans les raisonnements d'un nombre croissant de professionnels et de gestionnaires de l'hôpital.

2. Pistes de recherche complémentaires

Dans cette thèse, nous avons interrogé le processus de rationalisation à la lumière d'une étude approfondie, circonscrite à la généralisation des indicateurs qualité dans le secteur hospitalier français. Les résultats établis dans ce cadre nous amènent à esquisser deux pistes de recherche qui permettraient de replacer ce « cas » dans une perspective élargie et d'interroger la portée plus générale de l'argument de la « rationalisation en douceur ».

En premier lieu, cette dynamique autour des indicateurs qualité gagnerait à être questionnée dans les rapports de plus en plus étroits qu'elle entretient avec le déploiement d'instruments de rationalisation économique. Nous avons souligné que le mouvement autour de la qualité est original en ce qu'il avance « en douce », de manière moins visible et conflictuelle, presque « dans l'ombre » de la dynamique de maîtrise des dépenses aujourd'hui incarnée par la tarification à l'activité (T2A). L'expertise qualité s'est constituée de manière très largement « compartimentée » par rapport aux enjeux économiques, afin de s'en « préserver » dans une certaine mesure pour faire appel à une thématique – la qualité des soins – davantage ancrée dans les valeurs et les raisonnements professionnels qu'une approche purement productiviste des activités médicales. Si ces mouvements de rationalisation se sont épanouis dans les années 2000 en parallèle plutôt que de manière articulée, ils entretiennent des liens ambigus qui gagneraient à être éclaircis. Des travaux récents consacrés à la tarification à l'activité (Abena-Tsoungui, à paraître; Juven, 2013) suggèrent que ces deux dynamiques convergent dans une forme de « mise en gestion » des activités hospitalières qui doit nécessairement trouver des points d'appui professionnels pour parvenir à se déployer. Ces deux dynamiques affectent de manière concomitante les établissements de santé, à l'intérieur desquels leur rencontre a des effets ambivalents (Bertillot, 2014). D'un côté, la dynamique autour de la qualité passe parfois au second plan par rapport aux enjeux économiques ; les professionnels saisissent bien souvent ces deux dynamiques comme des injonctions contradictoires (« faire mieux avec moins de moyens »). D'un

autre côté, l'anxiété des acteurs hospitaliers quant à la pérennité ou l'indépendance de leurs établissements exacerbe leur sensibilité par rapport aux enjeux concurrentiels et institutionnels, et joue un rôle paradoxalement moteur dans l'engagement dans la qualité ; les instruments financiers ont ancré les savoirs et les techniques de gestion dans les établissements ; de nombreux acteurs locaux qui ont suivi la carrière du PMSI anticipent d'ailleurs un rapprochement entre les deux types d'instruments qui partagent une parenté commune aux réformes hospitalières de la fin des années 1990. L'usage des indicateurs qualité en matière de tarification est d'ailleurs envisagé par certains chercheurs et représentants institutionnels depuis les débuts de leur construction. Attendu, anticipé et annoncé à demi-mots tout au long des années 2000, il a commencé à faire l'objet d'expérimentations au début des années 2010, avant de ressurgir avec vigueur ces deux dernières années dans les annonces ministérielles concernant la généralisation d'une forme de « tarification à la qualité » à partir des 22 indicateurs d'Etat à disposition en 2014, et dont les modalités concrètes sont en cours de définition¹.

Cette convergence qui semble s'accélérer aujourd'hui soulève de lourds enjeux. Dans quelle mesure la « douceur » du processus de rationalisation par la qualité va-t-elle survivre à ce changement de visage ? De quelle manière va-t-elle affecter le processus de rationalisation économique ? S'il est trop tôt pour saisir toute la portée de cette évolution, il est possible d'émettre quelques hypothèses. L'intégration de la qualité à l'intérieur des mécanismes de tarification peut d'abord être interprétée comme un « adoucissement » du mode opératoire de la rationalisation économique de l'hôpital. Elle viserait autant à limiter les effets pervers d'une régulation indexée pour l'essentiel sur le volume d'activité hospitalière qu'à rapprocher la tarification de critères plus légitimes aux yeux des professionnels de l'hôpital, davantage susceptibles d'obtenir leur adhésion à la dynamique de rationalisation. Dans son discours cité ci-avant, l'actuelle ministre de la Santé insiste sur cette philosophie de « rupture » avec une tarification essentiellement comptable. Il faut toutefois accueillir cette hypothèse avec une certaine méfiance, dans mesure où la dynamique « qualité », une fois clairement apparentée aux enjeux financiers, risque d'apparaître moins « douce » et davantage hétéronome aux yeux de l'ensemble des acteurs professionnels de l'hôpital. C'est en effet le subtil équilibre entre contrainte et autonomie, entre participation « obligatoire » et « volontaire » qui risque d'être affecté lourdement par ce changement de visage de la qualité, avec pour conséquences possibles le renforcement de pratiques de « gaming » (Bevan et Hood, 2006), l'essor d'usages externes et managériaux au détriment d'usages internes et professionnels, le renforcement d'un formalisme bureaucratique pesant et de son caractère « désenchanté », ou encore l'émergence possible de conflits plus nets et visibles autour d'un objet jusqu'ici très largement consensuel. Dans quelle mesure

¹ Si l'on en croit l'article intitulé « *Les hôpitaux bientôt payés à la qualité* » publié le 30/09/2014 sur le Figaro.fr, « *le gouvernement projette de généraliser en 2016 un système de bonus-malus pour les hôpitaux* » dans son projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2015. « *Les Agences régionales de santé [...] pourront décider de pénalités financières à l'encontre des hôpitaux qui n'atteindront pas les seuils de qualité requis. Ce malus pourra s'élever jusqu'à 1% des financements perçus par l'établissement de la part de l'Assurance-maladie* ».

le chaînage d'acteurs aujourd'hui engagés dans la dynamique qualité s'accommodera-t-il de ces usages affermis ? D'un côté, cette évolution porte en germe une nouvelle étape de son renforcement, puisque l'instrumentation qu'il fabrique, déploie ou relaie en vient à « compter » davantage. D'un autre côté, cet usage institutionnel de la qualité risque d'affecter l'ambiguïté de sa position, pour faire apparaître plus nettement son caractère hiérarchique. Par ailleurs, cette évolution risque de poser de manière plus aigüe encore le problème de ses relations de compétition et de complémentarité avec la hiérarchie administrative. Dans ces conditions, il est probable que la transformation continue à s'opérer sous la forme d'un « glissement » vers des usages institutionnels plus « durs », amorti par un petit monde social autour des IQ se rapprochant davantage de la régulation administrative. La convergence entre ces deux dynamiques de rationalisation a déjà commencé. Elle sera surtout riche d'enseignements dans les années à venir.

En second lieu, il serait intéressant d'interroger la portée plus générale des résultats que nous avons mis en évidence en menant une comparaison plus systématique avec les dynamiques induites par les logiques et les instruments d'auditabilité dans d'autres contextes institutionnels. A défaut d'avoir mené une telle comparaison directement dans le cadre de cette thèse, il est possible d'esquisser ici quelques hypothèses à ce sujet. Tout d'abord, il apparaît que les autres systèmes de santé européens sont marqués par des dynamiques comparables de déploiement d'indicateurs à des fins de contrôle et de transparence, avec toutefois des nuances importantes. C'est incontestablement dans le *National Health Service* britannique, véritable « cas d'école » de la diffusion du *New Public Management*, que les indicateurs de performance ont été généralisés le plus tôt et ont fait l'objet des usages bureaucratiques les plus forts (Bevan et Hood, 2006; Le Galès et Scott, 2008). Plusieurs générations d'indicateurs de performance ont été déployées au Royaume Uni depuis les années 1990, à la suite de réformes fortement marquées de l'emprunte des différents gouvernements travaillistes et conservateurs qui se sont succédés. En comparaison de la situation française, le cas britannique se distingue par le fait que les indicateurs ont davantage et plus rapidement été indexés à la notion de « performance » dans une logique de *New Public Management* qu'à la notion de « qualité » plus ouverte sur des usages professionnels ; ils ont aussi été étroitement et explicitement associés à des projets de réformes politiques, là où l'investissement des ministres français s'est souvent fait en réaction à la mobilisation d'acteurs de la société civile et à la suite d'un travail d'expertise confiné et mené à bas bruit. Il faut toutefois probablement se garder d'une lecture trop caricaturale du NHS comme d'un système parfaitement bureaucratisé, intégré et managérialisé au détriment des élites professionnelles : des auteurs qui ont étudié le mouvement de l'*evidence-based medicine* au Royaume Uni (Ferlie et McGivern, 2014) suggèrent qu'elles gardent au moins partiellement la main sur la production des outils d'évaluation, notamment à travers l'expertise qu'elles développent autour de « sciences grises » hybridant savoirs cliniques et économiques (p. 60). Le cas allemand présente un tout autre contraste : dans le contexte du fédéralisme et de la place historiquement centrale des médecins dans la régulation

sanitaire, les élites professionnelles ont pendant longtemps gardé un contrôle autonome sur la dynamique d'évaluation de la qualité (Weckert, 2013). 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 (Bertillot et Weckert, 2014). On peut avancer prudemment l'hypothèse que la dynamique française constitue un cas intermédiaire entre, d'une part, le NHS davantage intégré hiérarchiquement et « managérialisé » et, d'autre part, le secteur hospitalier allemand dans lequel les instruments d'évaluation de la qualité restent plus fortement ancrés dans une régulation professionnelle. A partir de positions initiales différentes au milieu des années 1990, les trajectoires de ces contextes institutionnels semblent toutefois aujourd'hui converger vers une forme de régulation des activités hospitalières institutionnellement plus intégrée, reposant sur des instruments qui hybrident à des degrés variables régulation étatique et régulation professionnelle. Des investigations complémentaires seraient nécessaires pour établir dans quelle mesure la « douceur » de la dynamique de rationalisation induite par les IQ est typique du cas français ou a une portée plus transversale, plus généralement caractéristique de la manière dont l'auditabilité se fait une place dans des contextes où les logiques professionnelles sont prégnantes.

Cette question peut finalement être posée à une échelle plus vaste. Si la thématique polysémique de la « qualité des soins » offre un ancrage favorable à cette dynamique de rationalisation en douceur de l'hôpital, il y a fort à parier que des processus similaires peuvent trouver prise dans d'autres secteurs, à travers des instruments déployés au nom de notions aussi floues que la « performance économique », la « qualité des services » ou encore « l'excellence scientifique », susceptibles de provoquer dans un grand nombre d'univers professionnels des réactions variées, allant de la répulsion à l'adhésion en passant par des mobilisations stratégiques ou des formes d'acclimations discrètes. Comme le souligne M. Power (2005 [1997]), « *l'audit représente un équilibre entre liberté et discipline, qui n'est pas uniquement façonné par le bon sens ou la nécessité économique objective. Même dans ses techniques les plus terre à terre, il reflète une constellation d'attitudes sociales complexes et pas toujours cohérentes* » (Power, 2005 [1997], p. 268). Cette recherche peut offrir un point de comparaison aux travaux s'attachant à comprendre par quels mécanismes pluriels, complexes et diffus les dispositifs d'auditabilité parviennent à exercer une emprise croissante dans des univers sociaux qui leur sont pourtant *a priori* peu favorables, parvenant à susciter des espoirs et des engagements, mais aussi – et souvent dans le même temps – des formes d'anxiété, de discipline, de pressions et de désenchantement.

BIBLIOGRAPHIE

1. Articles, ouvrages, chapitres d'ouvrage et travaux universitaires

- ABBOTT A. (1988), *The System of professions: An essay on the division of expert labor*. Chicago : The University of Chicago Press.
- ABENA-TSOUNGUI A. (à paraître), *Les enjeux politiques, économiques et professionnels de l'application des instruments de gestion dans l'activité hospitalière : le cas du PMSI et de la T2A*. Thèse (en cours) pour l'obtention du doctorat de sociologie, IEP de Paris.
- ACKER F. (2006), Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. *Revue Française des Affaires sociales*, n°1, pp. 161–181.
- AKRICH M. (1987), Comment décrire les objets techniques ? *Techniques et Culture*, n°9, 205–219.
- ALLISON G. (1971), *The Essence of Decision*. New York : Longman.
- AMAR L. (1996), « L'influence des changements sur le travail des soignants ». Dans CONTANDRIOPOULOS A.-P. et SOUTEYRAND Y. (dir.), *L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins*. Paris : John Libbey Eurotext, pp. 215–233.
- BACHIMONT J., COGNEAU J. et LETOURMY A. (2006), Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? Le cas du diabète de type 2. *Sciences sociales et santé*, vol. 24, n°2, pp. 75–103.
- BARBOT J. (2002), *Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*. Paris : Balland.
- BARBOT J. et DODIER N. (2000), L'émergence d'un tiers public dans la relation malade-médecin. L'exemple de l'épidémie à VIH. *Sciences sociales et santé*, vol. 18, n°1, pp. 75–119.
- BARRIER J. (2010), *La science en projets. Régimes de financement et reconfigurations du travail des chercheurs académiques. Le cas des sciences et technologies de l'information et de la communication en France (1982-2006)*. Thèse pour l'obtention du doctorat de sociologie, IEP de Paris.
- BATIFOULIER P., CAILLE A., CHANIAL P., GRIMALDI A., HELMAN A., DOMIN, J.-P et al. (2013), Marchandiser les soins nuit gravement à la santé. *Revue du MAUSS*, vol.1, n°41, pp. 5–235.
- BATIFOULIER P., DOMIN J.-P. et GADREAU M. (2008), Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française. *Revue Française de Socio-Économie*, vol.1, n°1, pp. 27-46.
- BELORGEY N. (2009), « Offrir les soins à l'hôpital avec mesure ». Dans VATIN F. (dir.), *Evaluer et valoriser. Une sociologie économique de la mesure*. Toulouse : Presses universitaires du Mirail, pp. 73–90.
- BELORGEY N. (2010), *L'hôpital sous pression : enquête sur le "nouveau management public"*, Paris : La Découverte.

- BELORGEY N. (2013), Pourquoi attend-on aux urgences ? Un indicateur du New Public Management aux prises avec la réalité hospitalière. *Travail et emploi*, n°133, pp. 25–38.
- BENAMOUZIG D. (2005), *La santé au miroir de l'économie* (p. 479). Paris : Presses Universitaires de France.
- BENAMOUZIG D. (2014), « Des idées pour l'action publique : instruments ou "motifs cognitifs" », dans HALPERN C., LASCOUMES P. et LE GALES (dir.), *L'instrumentation de l'action publique*. Paris : Presses de Sciences Po, pp. 95–118.
- BENAMOUZIG D. et PIERRU F. (2011), Le professionnel et le « système » : l'intégration institutionnelle du monde médical. *Sociologie du travail*, vol. 53, n°3, pp. 293–348.
- BENAMOUZIG D. et ROBELET M. (2014), Les indicateurs qualité et l'intégration bureaucratique de l'hôpital. *Quaderni*, vol.85, n°3, pp. 27-38.
- BENFORD R.-D. et SNOW D.-A. (2000), Framing Processes and social Movements : An Overview and Assessment. *Annual Review of Sociology*, vol. 26, pp. 611–639.
- BERARD E., GLOAENEC M. et MINVIELLE E. (2009), Usages des indicateurs de qualité en établissement de santé. *Journal d'Economie Médicale*, vol. 27, n°1-2, pp. 5–20.
- BERG M. (1995), Turning a Practice Into a Science: Reconceptualizing Postwar Medical Practice. *Social Studies of Science*, vol. 25, n°3, pp. 437–476.
- BERG M. (1997), Problems and promises of the protocol. *Social science et medicine*, vol. 44, n°8, pp. 1081–1088.
- BERGERON H. (1999), *L'Etat et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*. Paris : Presses universitaires de France.
- BERGERON H. et CASTEL P. (2010), Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins. *Sociologie du travail*, vol. 52 n°4, pp. 441 – 460.
- BERGERON H. et CASTEL P. (2014), *Sociologie politique de la santé*. Paris : Presses universitaires de France.
- BERGERON H., CASTEL P. et NOUGUEZ E. (2013), Éléments pour une sociologie de l'entrepreneur-frontière. *Revue française de sociologie*, vol. 54, n°2, pp. 1–37.
- BERNARD B. (2005), Les forestiers à la croisée des chemins, ou comment une profession s'approprié des indicateurs de performance. *Sociologies pratiques*, vol. 1, n°10, pp. 19-33.
- BERNARD B. (2008), Itinéraire d'un indicateur forestier. *Revue française de gestion*, vol. 34, n°181, pp. 97–110.
- BERRY M. (1983), Une technologie invisible ? L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains. *Cahier du CRG, Polytechnique*.
- BERTILLOT H. (2014), Efficience et qualité. Quelle cohérence à l'échelle des établissements ? *Gestions hospitalières*, n° 533, pp. 105–111.
- BERTILLOT H. et WECKERT E. (2014), L'introduction d'indicateurs de qualité dans les systèmes de soins : la fin de l'autocontrôle de la profession médicale ? *Quaderni*, vol. 85, n°3, pp. 39–49.
- BESSY C., DELPEUCH T. et PELISSE J. (dir.) (2011), Droit et régulation des activités économiques. Perspectives sociologiques et institutionnalistes, *Droit et société*, vol. 24.

- BESSY C. et EYMARD-DUVERNAY F. (dir.) (1997), *Les intermédiaires du marché du travail*, Paris : Presses Universitaires de France.
- BEVAN G. et HOOD C. (2006), What's measured is what matters: targets and gaming in the English public health care system. *Public administration*, vol. 84, n°3, pp. 517–539.
- BEZES P. (2000), Les hauts fonctionnaires croient-ils à leurs mythes ? L'apport des approches cognitives à l'analyse des engagements dans les politiques de réforme de l'État. Quelques exemples français (1988 - 1997). *Revue française de science politique*, vol. 50, n°2, pp. 307–332.
- BEZES P. (2004), « Rationalisation salariale dans l'administration française : un instrument discret », dans LASCOUMES P. et LE GALES P. (dir.), *Gouverner par les instruments*. Paris : Presses de Sciences Po, pp. 71–122.
- BEZES P. (2005), Le modèle de « l'Etat-stratège » : genèse d'une forme organisationnelle dans l'administration française. *Sociologie du Travail*, vol. 47, n°4, pp. 431–450.
- BEZES P. (2008), « Le tournant néomanagérial de l'administration française », dans BORRAZ O. et GUIRAUDON V. (dir.), *Politiques publiques. 1. La France dans la gouvernance européenne*. Paris : Presses de Sciences Po, pp. 215–228.
- BEZES P. (2012), Etat, experts et savoirs néo-managériaux. *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 193 n°3, 16-37.
- BEZES P., DEMAZIERE D., LE BIANIC T., PARADEISE C., NORMAND R., BENAMOUZIG D., PIERRU F. et EVETTS J. (2011), New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? *Sociologie du Travail*, vol. 53, n°3, pp. 293–348.
- BLAU P. (1955), *The Dynamics of Bureaucracy*. Chicago : The University of Chicago Press.
- BOTTANI N. (2006), Le niveau d'huile, le moteur et la voiture : les enjeux d'une évaluation de la qualité de l'enseignement par les indicateurs. *Education et sociétés*, vol. 18 n°2, pp. 141-161.
- BOUDON R. (1979), *La Logique du social*. Paris : Hachette.
- BOUDON R. (1990), *L'art de se persuader des idées douteuses, fragiles ou fausses*. Paris : Fayard.
- BOUDON R. (2003), *Raisons, bonnes raisons*. Paris : Presses Universitaires de France.
- BOUSSARD V. (2001), Quand les règles s'incarnent L'exemple des indicateurs prégnants. *Sociologie du travail*, vol. 43, n°4, pp. 533–551.
- BOUSSARD V. (2008), *Sociologie de la gestion. Les faiseurs de performance*. Paris : Belin.
- BOUSSARD V., LORIOU M. et CAROLY S. (2006), Figures de l'utilisateur et rhétorique professionnelle : le cas des policiers sur la voie publique. *Sociologie du travail*, vol. 48, n°2, pp. 209–225.
- BOYD E.-A. (1998), Bureaucratic Authority in the “Company of Equals” : the Interactional Management of Medical Peer Review. *American Sociological Review*, vol. 63, n°2, pp. 200–224.
- BRUNETIERE J.-R. (2010), Les objectifs et les indicateurs de la LOLF, quatre ans après... *Revue française d'administration publique*, vol. 3, n°135, pp. 477–495.
- BRUNETIERE J.-R. (2006), Les indicateurs de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) : une occasion de débat démocratique ? *Revue française d'administration publique*, vol. 117, n°1, pp. 95-112.

- BRUNO I. (2008), Y a t-il un pilote dans l'Union ? Tableaux de bord, indicateurs, cibles chiffrées : les balises de la décision. *Politix*, vol. 21, n°82, pp. 95–117.
- BRUNO I. (2010), La dérouté du « benchmarking social ». *Revue Française de Socio-Économie*, vol. 5, n°1, pp. 41-61.
- BRUNO I. et DIDIER E. (2013), *Benchmarking. L'Etat sous pression statistique*. Paris : La découverte.
- BRUNSSON N. (2002), *The organization of hypocrisy: Talk, decisions, and actions in organizations*. Copenhague : Copenhagen Business School Press.
- CALLON M. (1986), Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques dans la Baie de Saint-Brieuc. *L'année sociologique*, n°36, pp. 169 – 208.
- CALLON M., LASCOUMES P. et BARTHE Y. (2001), *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*. Paris : Le Seuil.
- CARRICABURU D. (2009), « Confinement et déconfinement des luttes définitionnelles : le cas de la périnatalité et des infections nosocomiales », dans GILBERT C. et HENRY E. (dir), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*. Paris : La découverte, pp. 55–71
- CARRICABURU D. et LHUILIER D. (2009), Les infections nosocomiales : un risque collectif en cours de normalisation ? *Sciences sociales et santé*, vol. 27, n°4, pp. 43–71.
- CASTEL P. (2002), *Normaliser les pratiques, organiser les médecins : la qualité comme stratégie de changement : le cas des centres de lutte contre le cancer*. Thèse pour l'obtention du doctorat de sociologie, IEP de Paris.
- CASTEL P. (2005), Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique. *Revue française de sociologie*, vol. 46, n°3, pp. 443–467.
- CASTEL P. et DALGALARRONDO S. (2005), Les dimensions politiques de la rationalisation des pratiques médicales. *Sciences sociales et santé*, vol. 23, n°4, pp. 5–40.
- CASTEL P. et FRIEDBERG E. (2010), Institutional Change as an Interactive Process. The Case of the Modernization of the French Cancer Centers. *Organization Science*, vol. 21, n°2, pp. 311–330.
- CASTEL P. et MERLE I. (2002), Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins. *Sociologie du travail*, vol. 44, n°3, pp. 337–355.
- CASTEL P. et ROBELET M. (2009), Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usages des recommandations de pratiques cliniques. *Journal d'économie médicale*, vol. 27, n°3, pp. 98–115.
- CHAMPAGNE P. et MARCHETTI D. (1994), L'information médicale sous contrainte A propos du «scandale du sang contaminé.» *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°101-102, pp. 40–62.
- CHANDLER A.-D. (1977), *The visible hand: the managerial revolution in American business*. Cambridge : Belknap Press.
- COBB R.-W. et ELDER C.-D. (1983 [1972]), *Participation in American Politics: The Dynamics of Agenda-Building*. Baltimore : The Johns Hopkins University Press.
- COCHOY F., GAREL J.-P. et DE TERSSAC G. (1998), Comment l'écrit traverse l'organisation : le cas des normes ISO 9000. *Revue française de sociologie*, vol. 39, n°4, pp. 673 – 699.
- COHEN M., MARCH J. et OLSEN J. (1972), A Garbage Can Model of Organizational Choice. *Administrative Science Quarterly*, n°17, pp. 1–25.

- CONLON M. (2004), Indicateurs de performance : à qui faut-il rendre des comptes ? *Gestion*, vol. 1, n°16, pp. 45-55.
- CONTANDRIOPOULOS A.-P. et SOUTEYRAND Y. (dir.) (1996), *L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins*. Montrouge : Editions John Libbey Euro-text.
- CORRIOL C., DAUCOURT V., GRENIER C. et MINVIELLE E. (2008), How to limit the burden of data collection for Quality Indicators based on medical records? The COMPAQH experience. *BMC Health Services Research*, vol. 8, n°215.
- CORRIOL C., GRENIER C., COUDERT C., DAUCOURT V. et MINVIELLE E. (2008), COMPAQH : recherches sur le développement des indicateurs qualité hospitaliers. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 56, n°4, pp. S179–S188.
- CRESAL. (1985), *Situations d'expertise et socialisation des savoirs, Actes de la table ronde des 14-15 mars 1985*. Saint Etienne : Editions du CRESAL.
- CROZIER M. (1963), *Le phénomène bureaucratique*. Paris : Editions du Seuil.
- CROZIER M. et FRIEDBERG E. (1977), *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*. Paris : Editions du Seuil.
- DE POUVOURVILLE G. et MINVIELLE E. (2001), La mesure de la qualité des soins : un défi et un enjeu de santé publique. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, n°49, pp. 113–115.
- DECAMPS M. et VICARD F. (2010), Mesurer le développement durable : jeux d'indicateurs et enjeux locaux. *Revue d'Economie Régionale et Urbaine*, n°4, pp. 749–771.
- DEHOUSSE R. (2004), « La méthode ouverte de coordination. Quand l'instrument tient lieu de politique », dans LASCOUMES P et LE GALES P. (dir.), *Gouverner par les instruments*. Paris : Presses de Sciences Po, pp. 331–356.
- DEMAILLY L. (2000), « Management et évaluation des établissements », dans VAN ZANTEN A. (dir.), *L'Ecole. L'état des savoirs*. Paris : La Découverte, pp. 130–138.
- DENT M. (2003), *Remodelling Hospitals and Health Professions in Europe: Medicine, Nursing and the State*. Basingstoke : Palgrave Macmillan.
- DERVAUX B., LELEU H., MINVIELLE E., VALDMANIS V., AEGERTER P. et GUIDET B. (2009), Performance of French intensive care units: A directional distance function approach at the patient level. *International Journal of Production Economics*, vol. 120, n°2, pp. 585–594.
- DESROSIERES A. (1993), *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*. Paris : La Découverte.
- DESROSIERES A. (2014), *Prouver et gouverner*. Paris: La découverte.
- DIMAGGIO P.-J. et POWELL W.-W. (1983), The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational fields. *American Sociological Review*, vol. 48, n°2, pp. 147–160.
- DODIER N. (1993), *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*. Paris : Métailié.
- DODIER N. (2007), « Les mutations politiques du monde médical. L'objectivité des spécialistes et l'autonomie des patients », dans TOURNAY V. (dir.), *La gouvernance des innovations médicales*. Paris : Presses Universitaires de France, pp. 127 – 154.

- DODIER N. et BARBOT J. (2000), Le temps des tensions épistémiques : le développement des essais thérapeutiques dans le cadre du sida (1982-1996). *Revue française de sociologie*, vol. 41, n°1, pp. 79–118.
- DOHOU-RENAUD A. (2009), Le rôle des outils de mesure de la performance environnementale : le cas des audits et indicateurs environnementaux dans dix entreprises françaises certifiées ISO 14001. *Management et Avenir*, vol. 29, n°9, pp. 344-362.
- DUHAMEL G. et MINVIELLE E. (2009), « Evaluer et améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé », dans TABUTEAU D., DE POUVOURVILLE G. et BRAS P.-L. (dir.), *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Paris : Presses de Sciences Po, pp. 307–314.
- DUROCHER A. (2005), L'infection nosocomiale comme indicateur de (non) qualité des soins : l'exemple de la réanimation (Commentaire). *Sciences sociales et santé*, vol. 23 n°3, pp. 59–68.
- DUVAL J. (2002), Une réforme symbolique de la sécurité sociale. *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 3 n°143, pp. 53-67.
- EDELMAN M. (1977), *Political Language : Words that Succeed and Policies that fail*. New York : Institute for the Study of Poverty.
- ESPELAND W.-N. (2001), Value-Matters. *Economic And Political Weekly*, vol. 36, n°21, pp. 1839–1845.
- ESPELAND W.-N. et SAUDER M. (2007), Rankings and Reactivity: How Public Measures Recreate Social Worlds. *American Journal of Sociology*, vol. 113, n°1, pp. 1–40.
- ESPELAND W.-N. et STEVENS M.-L. (1998), Commensuration as a Social Process. *Annual Review of Sociology*, vol 24, n°1, pp. 313–343.
- EVETTS J. (2011), New professionalism and New Public Management: changes and continuities. *Sociologie du Travail*, vol. 53 n°3, pp. 293–348.
- EYRAUD C., EL MIRI M. et PEREZ P. (2011), Les enjeux de quantification dans la LOLF. Le cas de l'enseignement supérieur. *Revue française de socio-Economie*, vol. 1, n°7, pp. 147–168.
- FAURE Y. (2005), L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates. *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 1, n°156-157, pp. 98–114.
- FELSTINER W.-L.-F., ABEL R.-L. et SARAT A. (1980), The Emergence and Transformation of Disputes: Naming, Blaming, Claiming... *Law et Society Review*, vol. 15, n°3/4, pp. 631–654.
- FERLIE E.-B. et MCGIVERN G. (2014), Bringing anglo-governmentality into public management scholarship: The case of evidence-based medicine in UK health care. *Journal of Public Administration Research and Theory*, vol. 24 n°1, pp. 59 – 83.
- FESTINGER L., RIECKEN H. et SCHACHTER S. (1956), *When Prophecy Fails*. Harper-New York : Torchbooks.
- FILLION E. (2009), *A l'épreuve du sang contaminé. Pour une sociologie des affaires médicales*. Paris : Editions de l'EHESS.
- FOUCAULT M. (1975), *Surveiller et punir*. Paris : Gallimard.
- FRAISSE S., ROBELET M. et VINOT D. (2003), La qualité à l'hôpital : entre incantations managériales et traductions professionnelles. *Revue française de gestion*, n°146, pp. 155–166.
- FREIDSON E. (1984 [1973]), *La profession médicale*. Paris : Payot.

- FREIDSON E. (1984), The Changing Nature of Professional Control. *Annual Review of Sociology*, vol. 10, n°1, pp. 1–20.
- FREIDSON E. (1985), The reorganisation of medical profession. *Medical Care Review*, vol. 42, n°1, pp. 11–35.
- FREIDSON E. (1986), *Professional powers. A study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago : The University of Chicago Press.
- FRIEDBERG E. (1993), *Le pouvoir et la règle*. Paris : Editions du Seuil.
- GADREY J. (1994), La modernisation des services professionnels. Rationalisation industrielle ou rationalisation professionnelle ? *Revue Française de Sociologie*, vol. 35, n°2, pp. 163–195.
- GARDEL C. et MINVIELLE E. (2008), Evaluation des Pratiques Professionnelles, Certification et Performance hospitalière. *Journal d’Economie Médicale*, vol. 26, n°4, 190–194.
- GARRAUD P. (1990), Politiques nationales : l’élaboration de l’agenda. *L’année sociologique*, n°40, pp. 17–41.
- GATES S. et LANGEVIN P. (2010), Usage des indicateurs de capital humain et pilotage de la performance. *Revue française de gestion*, vol. 207 n°8, pp. 125–138.
- GAYON V. et LEMOINE B. (2013), Pédagogie économique. *Genèses*, vol. 93 n°4, pp. 2–7.
- GEERTZ C. (1973), *The Interpretation of Cultures*. New York : Basic Books.
- GENIEYS W. (2005), La constitution d’une élite du Welfare en France dans la France des années 90. *Sociologie du travail*, vol. 47, n°2, pp. 205–222.
- GHEORGHIU M.-D. et MOATTY F. (2013), *L’hôpital en mouvement : changements organisationnels et conditions de travail*. Paris : Editions Liaisons Sociales.
- GILBERT C. et HENRY E. (dir.) (2009), *Comment se construisent les problèmes publics*. Paris : La Découverte.
- GINESY E., MINVIELLE E. et ARONICA E. (2004), Les indicateurs de qualité. *Annales de Santé Publique*, vol. 48, pp. 31–35.
- GINGRAS Y. (2008), Du mauvais usage de faux indicateurs. *Revue d’histoire moderne et contemporaine*, vol. 5, n°55, pp. 67–79.
- GOFFMAN E. (1974), *Frame analysis: An essay on the organization of experience*. Cambridge (MA) : Harvard University Press.
- GOODY J. (1977), *La raison graphique. La domestication de la pensée sauvage*. Paris : Editions de Minuit.
- GUINDON M. (2003), Les indicateurs de performance municipaux : se comparer d’abord à soi-même, dans une perspective d’amélioration continue. *Gestion*, vol. 28, n°3, pp. 58–65.
- GUSFIELD J.-R. (1981), *Drinking-driving and the symbolic order. The culture of public problems*. Chicago : The University of Chicago Press.
- HAAS P.-M. (1992), Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination. *International Organization*, vol. 46, n°1, pp. 1–35.
- HABERMAS J. (1973), *La Technique et la Science comme idéologie*. Paris : Gallimard.

- HALL P. (1993), Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain. *Contemporary Politics*, vol. 25, n°3, pp. 275–296.
- HALPERN C., LASCOUMES P. et LE GALES P. (dir.) (2014), *L'instrumentation de l'action publique. Controverses, résistance, effets*. Paris : Presses de Sciences Po.
- HASSENTEUFEL P. (1997), *Les médecins face à l'Etat. Une comparaison européenne*. Paris : Presses de Sciences Po.
- HASSENTEUFEL P. (2008a), *Sociologie politique : l'action publique*. Paris : Armand Colin.
- HASSENTEUFEL P. (2008b), L'évolution des rapports de pouvoirs dans un système bismarckien : le cas de la France. *Santé, Société et Solidarité*, n°2, pp. 63–70.
- HASSENTEUFEL P. et GENIEYS W. (2001), Entre les politiques publiques et la politique : l'émergence d'une élite du Welfare. *Revue française des affaires sociales*, n°4, pp. 41–50.
- HASSENTEUFEL P., ROBELET M., PIERRU F., SERRE M. et DELAYE S. (2000), La libéralisation des systèmes de protection maladie européens. Convergence, européanisation et adaptations nationales Politique européenne. *Politique européenne*, n°2, pp. 29–48.
- HATCHUEL A. et WEILL B. (1992), *L'expert et le système, suivi de quatre histoires de systèmes-experts*. Paris : Economica.
- HIBOU B. (dir.) (2013), *La bureaucratisation néolibérale*. Paris : La découverte.
- HIBOU B. (2012), *La bureaucratisation du monde à l'ère néolibérale*. Paris : La découverte.
- HOOD C. (1986), *The tools of government*. Chatham : Chatham House.
- HOOD C. (1995), The “New Public Management” in the 1980s: Variations on a Theme. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 20, n°2–3, pp. 93–109.
- HOOD C. (2007), What happens when transparency meets blame- avoidance ? *Public Management Review*, vol. 9, n°2, pp. 191-210
- HUGHES E.-C. (1962), Good People and Dirty Work. *Social Problems*, vol. 10, n°1, pp. 3-11.
- JAMOUS H., COMMAILLE J. et PONS-VIGNON B. (1969), *Contribution à une sociologie de la décision. La réforme des études médicales et de structures hospitalières*. Paris : Editions du Centre National de la Recherche Scientifique.
- JENSEN M. C. et MECKLING W.-H. (1976), Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure. *Journal of financial economics*, vol. 3, n°4, pp. 305–360.
- JOBERT B. et MULLER P. (1987), *L'Etat en action. Politiques publiques et corporatismes*. Paris : Presses Universitaires de France.
- JOLY P.-B. (2005), « La sociologie de l'expertise scientifique : les recherches françaises au milieu du gué », dans BORRAZ O., GILBERT C., JOLY P.-B. (dir.), *Risques, crises et incertitudes : pour une analyse critique*. Grenoble : Cahiers du GIS « risques collectifs et situations de crise », n°3, pp. 117–174
- JUVEN P.-A. (2013), Produire l'information hospitalière. *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol. 7, n°4, pp. 815–835.
- KALBERG S. (1980), Max Weber's Types of Rationality: Cornerstones for the Analysis of Rationalization Processes in History. *American Journal of Sociology*, vol. 85, n°5, pp. 1145–1179.

- KIMBERLY J. et MINVIELLE E. (2000), *The Quality Imperative. Measurement and management of quality in health care*. London : Imperial College Press.
- KINGDON J.-W. (1984), *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Boston : Little Brown and Company.
- KITCHENER M. (2000), The “Bureaucratization” of Professional Roles: The Case of Clinical Directors in UK Hospitals. *Organization*, vol. 17, n°1, pp. 129–154.
- LASCOUMES P. (1994), *L'éco-pouvoir. Environnements et politiques*. Paris : La Découverte.
- LASCOUMES P. (2007), L'usager dans le système de santé: reformateur social ou fiction utile ? *Politiques et Management publics*, vol. 25, n°2, pp. 130–144.
- LASCOUMES P. et LE GALES P. (2004), *Gouverner par les instruments*. Paris : Presses de Sciences Po.
- LASCOUMES P. et LORRAIN D. (2007), Trous noirs du pouvoir. Les intermédiaires de l'action publique. *Sociologie du Travail*, vol. 49, n°1, pp. 1–9.
- LATOUR B. (2006), *Changer de société, refaire de la sociologie*. Paris : La Découverte.
- LE GALES P. et SCOTT A.-J. (2008), “Une révolution bureaucratique britannique ?” Autonomie sans contrôle ou “freer market more rules.” *Revue française de sociologie*, vol. 49, n°2, pp. 301–330.
- LEFEBVRE P. (2003), *L'invention de la grande entreprise. Travail, hiérarchie, marché. France, fin XVIII-début XXe siècle*. Paris : Presses universitaires de France.
- LELEU H., CAPUANO F., COURALET M., NITENBERG G., CAMPOS A. et MINVIELLE E. (2011), Developing and Using Quality Indicators in French Health Care Organisations: A new area of health services and management research. Lessons from the COMPAQ-HPST Project. *Journal d'Economie Médicale*, vol. 29, n°1-2, pp. 37–46.
- LENAY O. et MOISDON J.-C. (2003), Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité. Trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier. *Revue française de gestion*, vol. 29, n°146, pp. 131–141.
- LEVREL H. (2008), Les indicateurs de développement durable : proposition de critères d'évaluation au regard d'une approche évolutionniste de la décision. *Revue Française de Socio-Économie*, vol. 2, n°2, 199-222.
- LINDBLOM C.-E. (1959), The Science of Muddling Through. *Public Administration Review*, vol. 19, n°2, pp. 79–88.
- LIPSKY M. (1980), *Street-level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York : Sage.
- LORRAIN D. (2006), La dérive des instruments : les indicateurs de la politique de la ville et l'action publique. *Revue française de science politique*, vol. 56, n°3, pp. 429–455.
- MARCH J.-G. (1978), Bounded Rationality, Ambiguity, and the Engineering of Choice. *The Bell Journal of Economics*, vol. 9, n°2, pp. 587–608.
- MARKS H. (1999), *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*. Paris : Institut Synthélabo.
- MAS B., PIERRU F., SMOLSKI N. et TORRIELLI R. (2011), *L'hôpital en réanimation*. Paris : Editions du Croquant.

- MCNULTY T. et FERLIE E. (2004), *Reengineering Health Care: The Complexities of Organizational Transformation*. Oxford : Oxford University Press.
- MERTON, R.-K. (1997), *Eléments de théorie et de méthode sociologique* (p. 376). Paris: Armand Colin.
- MEYER J.-W. et ROWAN B. (1977), Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American journal of sociology*, vol. 83, n°2, pp. 340–363.
- MICHEL P., QUENON J.-L., DE SARASQUETA A.-M. et SCEMAMA O. (2004), Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. *British Medical Journal*, n°328.
- MICHEL P., SALMI L.-R., SIBE M. et SALMI M.-T. (2000), Évaluer les processus en santé : importance et limites actuelles. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, n°48, pp. 571–582.
- MICHEL P. et TRICAUD-VIALLE S. (2009), Restitution comparative de résultats d'indicateurs de qualité des soins : utilisation pertinente des représentations graphiques. *Risques et Qualité en milieu de soins*, vol. 6, n°1.
- MINTZBERG H. (1982), *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Editions d'organisation.
- MINVIELLE E. (2005a), Financer la qualité des soins hospitaliers : jusqu'où aller ? *Gérer et comprendre*, n°81, pp. 74–84.
- MINVIELLE E. (2009), Information publique sur la qualité et comportement des patients, dans TABUTEAU D., DE POUVOURVILLE G. et BRAS, P.-L. (dir.), *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Paris : Presses de Sciences Po, pp. 485–491.
- MINVIELLE E. et GRENIER-SENNEЛИER C. (2001), Une mesure régulière de la performance en matière de qualité de la prise en charge des malades est-elle possible ? Enseignements d'une expérience concrète. *Journal d'Economie Médicale*, vol. 19, n°3, pp. 131–146.
- MINVIELLE E. (2003), De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé. *Revue française de gestion*, vol. 5, n°146, pp. 167–189.
- MISPELBLUM F. (1999), *Au-delà de la qualité. Démarches qualité, conditions de travail et politiques du bonheur*. Paris : Syros.
- MOISDON J.-C. (dir.) (1997), *Du mode d'existence des outils de gestion. Les instruments de gestion à l'épreuve de l'organisation*. Paris : Seli Arslan.
- MOISDON J.-C. (2000a), *La démarche gestionnaire à l'hôpital. La régulation du système hospitalier, vol. 2*. Paris : Seli Arslan.
- MOISDON J.-C. (2000b), Quelle est la valeur de ton point ISA ? Nouveaux outils de gestion et de régulation dans le système hospitalier français. *Sociologie du travail*, vol. 42, n°1, pp. 31–49.
- MOISDON J.-C. et TONNEAU D. (1999), *La démarche gestionnaire à l'hôpital: Recherches sur la gestion interne, vol. 1*. Paris : Seli Arslan.
- MOISDON J.-C. (2010), L'évaluation du changement organisationnel par l'approche de la recherche intervention. L'exemple des impacts de la T2A. *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, n°1-2, pp. 213–226.
- MULLER P. (1990), *Les politiques publiques. « Que sais-je ? »* Paris : Presses Universitaires de France.

- MUSSELIN C. (2005), Sociologie de l'action organisée et analyse des politiques publiques : deux approches pour un même objet ? *Revue française de science politique*, vol. 55, n°1, pp. 51–71.
- NAIDITCH M. (2006), Usage stratégique de l'information par une association de malades, l'exemple du Lien. *Les Tribunes de la santé*, vol. 3, n°12, pp. 83–95.
- NAY O. et SMITH A. (2002), *Le gouvernement du compromis. Courtiers et généralistes dans l'action publique*. Paris : Economica.
- NEVEU E. (2011), *Sociologie des mouvements sociaux*. Paris : La Découverte.
- OGIEN A. (1995), *L'esprit gestionnaire. Une analyse de l'air du temps*. Paris : Editions de l'EHESS.
- OGIEN A. (2000), La volonté de quantifier. Conceptions de la mesure de l'activité médicale. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 55, n°2, pp. 283–312.
- OGIEN A. (2001), Le système RMO, la maîtrise des dépenses de santé et les paradoxes du contrôle. *Revue Française des Affaires sociales*, vol. 4, n°4, pp. 51–57.
- OGIEN A. (2007), La gouvernance, ou le mépris du politique. *Cités*, vol. 32, n°4, pp. 137-155.
- OGIEN A. (2010), La valeur sociale du chiffre. La quantification de l'action publique entre performance et démocratie. *Revue Française de Socio-Économie*, vol. 5, n°1, pp. 19-40
- PADGETT J.-F. et ANSELL C.-K. (1993), Robust action and the rise of the Medici, 1400-1434. *American journal of sociology*, vol. 98, n°6, pp. 1259–1319.
- PADIOLEAU J.-G. (1982), *L'Etat au concret*. Paris : Presses Universitaires de France.
- PALIER B. (2000), Does Europe Matter? Européanisation et réforme des politiques sociales des pays de l'Union européenne. *Politique européenne*, n°2, pp. 7–28.
- PALIER B. (2004), « Les instruments, traceurs du changement. La politique des retraites en France. » Dans LASCOUMES P. et LE GALES P. (dir.), *Gouverner par les instruments*. Paris : Presses de Sciences Po, pp. 273–300.
- PIERRU F. (1999), L'hôpital-entreprise, une self-fulfilling prophecy avortée. *Politix*, n°46, pp. 7–47.
- PIERRU F. (2004), « La Fabrique des palmarès. Genèse d'un secteur d'action publique et renouvellement d'un genre journalistique : les palmarès hospitaliers », dans LEGRAVE J.-B. (dir.) *La Presse écrite : objets délaissés*. Paris : L'Harmattan, pp. 247–270.
- PIERRU F. (2007), *Hippocrate malade de ses réformes*. Paris : Editions du Croquant.
- PIERRU F. (2012), Le mandarin, le gestionnaire et le consultant. Le tournant néolibéral de la politique hospitalière. *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 194, n°4, pp. 32–51.
- PIERRU F. (2013), « Les mandarins à l'assaut de l'usine à soins. Bureaucratization néolibérale de l'hôpital français et mobilisation de l'élite hospitalo-universitaire », dans HIBOU B. (dir.), *La bureaucratization néolibérale*. Paris : La découverte, pp. 203–230.
- PIERRU F. et SERRE M. (2001), Les organisations internationales et la production d'un sens commun réformateur de la politique de protection maladie. *Lien social et politique*, n°45, pp. 105–128.
- PIERSON P. (2000), Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics. *American Political Science Review*, vol. 94, n°2, 251–267.

- PONET P. (2005), La guerre des mondes : de quelques rapports entre univers sociaux différenciés. Le cas des « palmarès des hôpitaux ». *Politix*, vol. 72, n°4, pp. 125–154.
- PORTER T.-M. (1996), *Trust in numbers: The pursuit of objectivity in science and public life*. Princeton : Princeton University Press.
- POWER M. (1997), *The Audit Society: Rituals of Verification*. Oxford : Oxford University Press.
- POWER M. (2005 [1997]), *La société de l'audit : l'obsession du contrôle*. Paris : La Découverte.
- PRESSMAN J.-L. et WILDAWSKI A.-B. (1973), *Implementation*. Berkeley : University of California Press.
- PURENNE A. et AUST J. (2010), Piloter la police par les indicateurs ? Effets et limites des instruments de mesure des performances. *Déviance et Société*, vol. 34, n°1, pp. 7–28.
- RITZER G. et WALCZAK D. (1988), Rationalisation and the deprofessionalisation of physicians. *Social Forces*, vol. 67, n°1, pp. 1–22.
- ROBELET M. (1999), Les médecins placés sous observation. Mobilisation autour du développement de l'évaluation médicale en France. *Politix*, n°46, pp. 71–97.
- ROBELET M. (2001), La profession médicale face au défi de la qualité : une comparaison de quatre manuels qualité. *Sciences sociales et santé*, vol. 19, n°2, pp. 73–98.
- ROBELET M. (2002), *Les figures de la qualité des soins : rationalisations et normalisation dans une économie de la qualité*. Thèse pour l'obtention du doctorat de sociologie, Université Aix-Marseille II.
- ROLLAND C. et SICOT F. (2012), Les recommandations de bonne pratique en santé. Du savoir médical au pouvoir néo-managérial. *Gouvernement et action publique*, vol. 3, n°3, pp. 53–75.
- ROSE N. (1990), *Governing the Soul : The Shaping of the Private Self*. London : Routledge.
- ROSE N. et MILLER P. (1992), Political Power Beyond the State: Problematics of Government. *British Journal of Sociology*, vol 43, n°2, pp. 173–205.
- ROSS S.-A. (1973), The economic theory of agency: The principal's problem. *American Economic Review*, vol 62, n°2, pp. 134–139.
- SABATIER P. et JENKINS-SMITH H. (dir.) (1993), *Policy Change and Learning, an Advocacy Coalition Approach*. Boulder : Westview Press.
- SALAI R. (2010), Usages et mésusages de l'argument statistique : le pilotage des politiques publiques par la performance. *Revue Française des Affaires sociales*, vol. 1, n°1-2, pp. 129–147.
- SAUDER M. et ESPELAND W.-N. (2009), The Discipline of Rankings: Tight Coupling and Organizational Change. *American Sociological Review*, vol. 74, n°1, 63–82.
- SCHILTE A. et MINVIELLE E. (2007), Le classement des hôpitaux : une nouvelle manière de rendre des comptes. *Gérer et comprendre*, n°91, pp. 36–48.
- SCHWEYER F.-X. (1998), La régulation régionale du système hospitalier : pilotage par l'État ou territorialisation. *Politique et management public*, vol. 16, n°3, pp. 43–68.
- SCOTT R., RUEF M., MENDEL P. et CARONNA C. (2000), *Institutional Change and Healthcare Organizations. From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago : Chicago University Press.

- SEGRESTIN D. (1996), La normalisation de la qualité et l'évolution de la relation de production. *Revue d'économie industrielle*, vol. 75, n°1, pp. 291–307.
- 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*, vol. 38, n°3, pp. 553–585.
- SEGRESTIN D. (2004), *Les chantiers du manager*. Paris : Armand Colin.
- SELZNICK P. (1949), *TVA and the Grass Roots. A Study in the Sociology of Formal Organization*. Berkeley : University of California Press.
- SELZNICK P. (1957), *Leadership in Administration*. New York : Harper et Row.
- SETBON M. (1993), *Pouvoirs contre sida. De la transfusion sanguine au dépistage : décisions et pratiques en France, Grande Bretagne et Suède*. Paris : Seuil.
- SETBON M. (2000), La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ? *Sociologie du travail*, vol. 42, n°1, pp. 51–68.
- SHAPIRO S.-P. (2005), Agency Theory. *Annual Review of Sociology*, vol. 31, n°1, pp. 263–284.
- SHEAFF R., ROGERS A. et PICKARD S. (2003), A subtle governance: “soft” medical leadership in English primary care. *Sociology of Health et Illness*, vol. 25, n°5, pp. 408–428.
- SHINN T. et RAGOUET P. (2000), Formes de division du travail scientifique et convergence intellectuelle. La recherche technico-instrumentale. *Revue française de sociologie*, vol. 41, n°3, pp. 447–473.
- SIMON H. (1945), *Administrative Behavior*. New York : Free Press.
- SIMONDON G. (1989), *Du mode d'existence des objets techniques*. Paris : Aubier.
- SNOW D.-A., ROCHFORD E.-B., WORDEN S.-K. et BENFORD R.-D. (1986), Frame Alignment Processes, Micromobilization, and Movement Participation. *American Sociological Review*, vol. 51, n°4, pp. 464–481.
- STAR S.-L. et GRIESEMER J. (1989), Institutionnal ecology, “Translations”, and Boundary objects : amateurs and professionals on Berkeley's museum of vertebrate zoologie. *Social Studies of Science*, vol. 19, n°3, pp. 387–420.
- STARK D., BEUNZA D., GIRARD M. et LUKAKCS J. (2009), *The sense of Dissonance. Accounts of worth in economic life*. Princeton : Princeton University Press.
- STARR P. (1982), *The social transformation of American medicine: The rise of a sovereign profession and the making of vast industry*. New York : Basic Books.
- STEUDLER F. (1974), *L'hôpital en observation*. Paris: Armand Colin.
- STINCHCOMBE A.-L. (1997), On the virtues of the old institutionalism. *Annual Review of Sociology*, vol. 23, pp. 1–18.
- STINCHCOMBE A.-L. (2001), *When formality works. Authority and Abstraction in Law and Organization*. Chicago : The University of Chicago Press.
- STRAUSS A. (dir.) (1992), *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*. Paris : L'Harmattan.
- STRAUSS A. et GLASER B.-G. (1967), *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. London : Weidenfeld and Nicolson.

- TABUTEAU D. (1995), *La sécurité sanitaire*. Paris : Berger Levrault.
- TABUTEAU D. (2010), Loi “hôpital, patients, santé et territoires” (HPST) : des interrogations pour demain ! *Santé Publique*, vol. 22, n°1, pp. 78–90.
- THERY I. (2005), Expertises de service, de consensus, d’engagement : essai de typologie de la mission d’expertise en sciences sociales. *Droit et société*, vol. 60, p. 311–329.
- THEVENOT L. (dir.) (1986), Les investissements de forme. *Cahiers de centre d’études de l’emploi*, n°1, pp. 21–71.
- TIMMERMANS S. et BERG M. (1997), Standardization in Action : Achieving Local Universality through Medical Protocols. *Social Studies of Science*, vol. 27, n°2, pp. 273–305.
- TIMMERMANS S. et BERG M. (2003), *The Gold Standard: The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*. Philadelphia : Temple University Press.
- TIMMERMANS S. et KOLKER E.-S. (2004), Evidence-Based Medicine and the Reconfiguration of Medical Knowledge. *Journal of health and social behavior*, vol. 45, pp. 177–193.
- TIMMERMANS S. et OH H. (2010), The Continued Social Transformation of the Medical Profession. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 51, pp. S94–S106.
- TOPALOV C. (dir.) (1999), *Laboratoires du nouveau siècle. La nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France (1880-1914)*. Paris : Editions de l’EHESS.
- VATIN F. (dir.) (2009), *Évaluer et valoriser. Une sociologie économique de la mesure*. Toulouse : Presses universitaires du Mirail.
- VIGOUR C. (2005), *La comparaison dans les sciences sociales* (Repères., p. 336). Paris : La Découverte.
- VIGOUR C. (2008), Politiques et magistrats face aux réformes de la justice en Belgique, France et Italie. *Revue française d’administration publique*, vol. 125, n°1, pp. 21–31.
- WARIN P. (dir.) (1997), *Quelle modernisation des services publics ? Les usagers au cœur des réformes*. Paris : La Découverte.
- WEAVER R.-K. (1986), The Politics of Blame Avoidance. *Journal of Public Policy*, vol. 6, n°4, pp. 371–398.
- WEBER M. (2004 [1920]), *L’Ethique protestante et l’esprit du capitalisme*. Paris : Gallimard.
- WEBER M. (1995 [1921]), *Économie et Société*, tome 1. Paris : Plon.
- WECKERT E. (2013), *L’amélioration de la qualité dans les systèmes de santé européens. Une comparaison franco-allemande*. Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main.
- ZITTOUN P. (2009), « La carte du bruit ou l’agencement d’un nouvel énoncé entre problème, public et instruments », dans GILBERT C et HENRY E. (dir.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*. Paris : La découverte, pp. 235–254.

2. Rapports, littérature grise et articles dans des revues professionnelles

- ANAES. (2002), *Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé. Principes généraux*, Rapport de l'ANAES.
- AEGERTER P., BOUMENDIL A., RETBI A. et MINVIELLE E. (2003), Peut-on mesurer la performance des services grâce à l' IGS II ? *Réanimation*, vol. 12, n°S2, pp. 31-41.
- AMALBERTI R., GREMION C., AUROY Y., MICHEL P., SALMI R., PARNEIX P. et HUBERT B. (2007). Les systèmes de signalement des événements indésirables en médecine. *Etudes et Résultats*, DREES, n°584.
- ARH d'Aquitaine. (2009), Des dispositifs décisionnels innovants et une politique qualité exigeante : quelques outils à l'ARH Aquitaine. *Risques et Qualité en milieu de soins*, vol. 6, n°1.
- BAILLEUL B. et GANDRE V. (2001), Mesure et suivi de la qualité : la méthode Six-Sigma. *Gestions hospitalières*, n°410, pp. 755-765.
- BALLY B., STEIB A., CABARROT P., MARTY J. et DUREUIL B. (2006), Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) : nouvelle obligation législative ou démarche d'amélioration continue de la qualité des soins ? *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, vol. 25, n°3, pp. 356-361.
- BENAMOUGIZ D., ROBELET M., BERTILLOT H., LEVIF M., VELPRY L., MICHEL P. et PEREZ C. (2010), *La généralisation des indicateurs de qualité en Aquitaine. Entre contraintes et apprentissages. Une étude sociologique*, Rapport de recherche pour la HAS.
- BONNET F., SOLIGNAC S. et MARTY J. (2008), Vous avez dit benchmarking ? *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, vol. 27, n°3, pp. 222-229.
- BOUSQUET F. et BURNEL P. (2006), Indicateurs et certification. Nouvelle donne pour la troisième version. Dossier qualité et performance. *La Revue Hospitalière de France*, n°513, pp. 31-34.
- BRAS P.-L., GOHET P. et LOPEZ A. (2010), *Rapport sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé*, Rapport de l'IGAS.
- BRAS P.-L. et DUHAMEL G. (2008), *Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères*. Rapport de l'IGAS.
- BRUN-BUISSON C. et GROUPE SRLF/SFAR. (2005), Risques et maîtrise des infections nosocomiales en réanimation : texte d'orientation SRLF / SFAR. *Réanimation*, vol. 14, n°6, pp. 463-471.
- CERETTI B. (2004), *Ils m'ont contaminée*. Paris: L'Archipel.
- CLARTE. (2010), *CLARTE - Projet Scientifique*.
- COMPAQH. (2005a), *Indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales. Résultats du test de faisabilité*. Rapport du projet COMPAQH.
- COMPAQH. (2005b), *Rapport d'étape 2004*. Rapport du projet COMPAQH.
- COMPAQH. (2006a) *Etat d'avancement du développement des indicateurs compaqh 2003-2006 : rapport complémentaire*. Rapport du projet COMPAQH.
- COMPAQH. (2006b), *Rapport final 2003-2006*. Rapport du projet COMPAQH.

- COMPAQH. (2007a), *Evaluation comparative des indicateurs compaqh : état des initiatives internationales*. Rapport du projet COMPAQH.
- COMPAQH. (2007b), *De COMPAQH 1 à COMPAQH 2: la transition*. Rapport du projet COMPAQH.
- COMPAQH. (2008a), *Rémunération à la performance dans le contexte sanitaire français : État des lieux et Perspectives*. Rapport du projet COMPAQH.
- COMPAQH. (2008b), *Projet COMPAQH 2ème phase: rapport annuel 2007*. Rapport du projet COMPAQH.
- COMPAQH. (2008c) *Etude « Pilotage Interne » : rapport d'analyse, résultats grilles de situations*. Rapport du projet COMPAQH.
- COMPAQH. (2009), *Projet compaqh 2ème phase : Rapport annuel 2008*. Rapport du projet COMPAQH.
- COMPAQH. (2010a), *Projet compaqh 2ème phase (2006-2009) : Rapport final*. Rapport du projet COMPAQH.
- COMPAQH. (2010b), *Analyse critique du développement d'indicateurs composites : le cas de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë*. Rapport du projet COMPAQH.
- COMPAQH-INSERM. (2009), *La diffusion publique de données relatives à la performance des établissements de santé : revue de la littérature et des sites internet*. Etudes et Recherches, DREES, n°88.
- COMPAQ-HPST. (2010), *Projet scientifique : Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité (Hôpital, Patient, Sécurité, Territoire), COMPAQ(hpst)*.
- COURAY-TARGE S., ECHOCHARD R. et COLIN C. (1999), *Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information : outil de gestion et de mesure de la qualité ? La Presse Médicale*, vol. 28, n°29, pp. 1597–1603.
- DAHLET M., EON B. et STEIB A. (2010), *Histoire d'un « indic »*. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, vol. 29, n°2, pp. 91–92.
- DAUCOURT V. (2006), *Revue des modalités de diffusion publique d'informations sur la qualité des établissements de santé par le biais d'Internet*, Rapport pour la HAS.
- DE POUVOURVILLE G. et MINVIELLE E. (2002), « *La mesure de la qualité des soins à l'hôpital : l'état de l'art. Quelle information donner au public ?* » Dans OCDE. (dir.) *Etre à la hauteur : mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE*, pp. 275–301.
- DE POUVOURVILLE G. (1998), *La performance hospitalière : quel apport des économistes de la santé ? La lettre du collège des économistes de la santé*.
- DGOS. (2012), *Guide méthodologique pour l'élaboration de CPOM*.
- DHOS et DGOS. (2009), *Rapport national 2007 sur le tableau de bord des infections nosocomiales*.
- DHOS et DGS. (2006), *Rapport national sur le tableau de bord des infections nosocomiales 2004*.
- DHOS et DGS. (2007), *Rapport national sur le tableau de bord des infections nosocomiales 2005*.
- DHOS et DGS. (2009), *Tableau de bord des infections nosocomiales, résultats nationaux 2008*.

- DHOS, DGS et CELLULE INFECTIONS NOSOCOMIALES. (2008), *Rapport national sur le tableau de bord des infections nosocomiales 2006*.
- DREES. (2009), *Second rapport d'activité du Comité d'évaluation de la T2A*.
- DURIEUX P. et RAVAUD P. (1999), Peut-on mesurer la qualité d'un hôpital ? *La Presse Médicale*, vol. 28, n°29, pp. 1595–1596.
- DUROCHER A., HAJJAR J. et HUGONNET S. (2002), Prévention de la transmission des micro-organismes en réanimation. Indicateurs et modalités de surveillance. *Réanimation*, vol. 11, n°288–301.
- FEHAP. (2009), Le secteur Privé Non Lucratif : la qualité en permanence ! *Perspectives sanitaires et sociales*, n°206.
- FERMON B. et LEVY P. (2005), *La diffusion publique de données relatives à l'activité, la performance, les résultats des établissements de santé*. Rapport pour la HAS.
- FRANCOIS P., BERTRAND D., BEDEN C., FAUCONNIER J. et OLIVE F. (2001), Évaluation du taux de réadmissions précoces comme indicateur de la qualité des soins à l'hôpital. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, vol. 49, n°2, pp. 183–191.
- GARDEL C., GOUBET S., TOUPIN M.-H. et LE MOIGN R. (2009), Les indicateurs HAS : sélection, gestion et utilisation. *Risques et Qualité en milieu de soins*, vol. 6, n°1.
- GAUZIT R. et MONTRAVERS P. (2004), Les infections nosocomiales sont-elles un indicateur de la qualité des soins en réanimation ? *Le praticien en anesthésie réanimation*, vol. 8, n°1, pp. 3–4.
- GERVAIS C., DONETTI L., BONNET F., ICHAI C., JACOBS F. et GROUPE SRLF–SFAR. (2008), Sécurisation des procédures à risques en réanimation : risque infectieux exclu Experts recommendations on safety practices for ICU patients. *Réanimation*, vol. 17, n°6, pp. 503–511.
- GERVAIS C. et DUROCHER A. (2008), Sécurisation des soins et indicateurs en réanimation: taxonomie générale. *Réanimation*, vol. 17, n°6, pp. 512–516.
- GHADI V. et NAIDITCH M. (2001), L'information de l'utilisateur/consommateur sur la performance du système de soins. *Revue bibliographique, Etudes et résultats*, DREES, n°13.
- GIROU E. (2008), Comment diminuer en pratique les infections nosocomiales en réanimation ? *Réanimation*, vol. 17, n°3, pp. 275–279.
- GORY I., MICHEL P. et PHELY-PEYRONNAUD C. (2003), Elaboration d'indicateurs de qualité des soins dans un centre hospitalier psychiatrique. *Santé Publique*, vol. 15, n°1, pp. 99–99.
- GOUIN F. et GARRIGUES B. (1998), Infections nosocomiales comme indicateur de la qualité des soins en réanimation. *La Presse Médicale*, vol. 27, n°14, pp. 669–673.
- GRENIER-SENNELIER C., CORRIOL C., DAUCOURT V., MICHEL P. et MINVIELLE E. (2005), Développement d'indicateurs de qualité au sein des établissements de santé : le projet COMPAQH. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, vol. 53, n°1, pp. S22–S30.
- GRENIER-SENNELIER C. et MINVIELLE E. (2005), Les Critères de Qualité en Médecine. *EMC Urologie*, n°18-910-A-20
- GUIDET B., MC-AREE C. et MARTY J. (2008), Les procédures de sécurisation structurelles et managériales. *Réanimation*, vol. 17, n°6, pp. 522–527.
- HAUTE AUTORITE DE SANTE. (2011), *Indicateurs de qualité du dossier du patient généralisés en MCO : campagne 2010. Analyse descriptive des résultats agrégés*, Rapport de la HAS.

- HERREROS G. et MILLY B. (2006), *Les voies de la qualité à l'hôpital : entre procédures et coopération*, Rapport final pour la Haute Autorité de Santé.
- HUBERT B., AUSSET S., AUROY Y., BILLARD-DECRE C., TRICAUD-VIALLE S. et DJIHOUD A. (2008), Indicateur de tenue du dossier anesthésique dans les établissements de santé d'Aquitaine. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, vol. 27, n°3, pp. 216–221.
- HUBERT B., BILLARD-DECRE C., BENJABER K., ANDREU N., BRANDY J., TRICAUD-VIALLE S. et CCECQA. (2007), *Bilan de l'étude GINQA*, Rapport intermédiaire du CCECQA.
- INVS. (2004), *Recommandations pour la mise en œuvre d'un tableau de bord de la lutte contre les infections nosocomiales au niveau de chaque établissement de santé français*, Rapport de l'INVS en réponse à la Saisine du ministre du 21 mars 2003.
- JANUEL J.-M., COLIN C., DUCLOS A., COURAY-TARGE S., AMAMRA N., TOUZET S. et LE POGAM M.-A. (2010), *Développement d'Indicateurs de la Sécurité des Soins (PSI) à partir des bases de données médico-administratives hospitalières*, Rapport final du projet PSI.
- KOHN L., CORRIGAN J. et DONALDSON M.-S. (1999), *To err is human : building a safer health system*, Rapport du *Committee on Quality of Health care in America* pour l'*Institute of Medicine*.
- LAMBERT-EVANS S., LOIRAT P., FILET B. et MINVIELLE, E. (2009), Mesure de la sécurité des patients dans les établissements de santé : état des lieux et perspectives dans le contexte français. *Risques et Qualité en milieu de soins*, vol. 6, n°1.
- LOGEROT H., BENEZET C., MINVIELLE E., ROQUE F., LE MOIGN R., ZHORA M. et DUPRAT P. (2007), Dossier. L'évaluation de la qualité. *Perspectives sanitaires et sociales*, n°192, pp. 10–36.
- LOMBRIL P., NAIDITCH M., BAUBEAU D., CASES C., CUNEO P., CORVEZ A. et al. (2001), Éléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers. *Dossiers solidarité et santé*, DREES, n°2.
- LOMBRIL P., NAIDITCH M., BAUBEAU D., CUNEO P. et CARLET J. (1999), Les éléments de la performance hospitalière, les conditions d'une comparaison. *Etudes et Résultats*, DREES, n°42, pp. 1–8.
- LOMBRIL P., MORET L., RICOLLEAU C., SURER N. et YORDANOV Y. (2007), *Faisabilité et impact du benchmarking à l'hôpital : évaluation de la partie française du programme PATH de l'OMS Europe*. Rapport final du PIMESP pour la HAS.
- LUCET J.-C. (2002), Intérêt du dépistage du staphylocoque doré résistant à la méticilline en réanimation. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, vol. 21, n°5, pp. 384–391.
- LUCET J.-C. (2008), Quelle surveillance des infections nosocomiales en réanimation ? *Réanimation*, vol. 17, n°3, pp. 264–274.
- MALYE F., HOUDART P. et VINCENT J. (2009), *Le livre noir des hôpitaux*. (p. 282). Paris: Pocket.
- MERLE V., MORET L., PIDHORZ L., DUJARDIN F., GOUIN F., JOSSET V. et CZENICHOW P. (2009), Does comparison of performance lead to better care? A pilot observational study in patients admitted for hip fracture in three French public hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 21, n°5, pp. 321–9.
- MICHEL P., AMOURETTI M., JUGE C., MATHOULIN-PELLISSIER S., MAZOU H., PHELY-PEYRONNAUD C. et GROUPE DE TRAVAIL REGIONAL GINQA. (2001), Lecture critique

- des indicateurs de qualité des soins. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, vol. 32, n°2, pp. 201–209.
- MICHEL P., MINODIER C., LATHÉLIZE M., MOTY-MONNEREAU C., DOMEQCQ S., CHALEIX M. et OLIER L. (2010), Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé. *Dossiers solidarité et santé*, DREES, n°17.
- MICHEL P. et MOUGEOT C. (1999), Les indicateurs de qualité en France en 1997. *Gestions hospitalières*, n°285, pp. 268–274.
- MICHEL P., QUENON J.-L., DE SARASQUETA A.-M., SCEMAMA O. et CCECQA. (2003) Etude pilote pour l'estimation du risque iatrogène dans les établissements de santé en France, *Série Etudes*, DREES, n°39
- MICHEL P., QUENON J.-L., DJIHOUD A., TRICAUD-VIALLE S., de SARASQUETA A.-M., DOMEQCQ S. et CASES C. (2005), Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale. *Etudes et Résultats*, DREES, n°398.
- MINVIELLE E. (2005b), Développement des indicateurs d'infections nosocomiales : Apports du projet COMPAQH. *Hygiènes*, vol. 12, n°4, pp. 281–286.
- MINVIELLE E. (2005c), Développement des indicateurs d'infections nosocomiales. Le projet COMPAQH. *Techniques Hospitalières*, n°692, pp. 26–28.
- MINVIELLE E. (2005d), Classement des hôpitaux : jusqu'où ? *Revue Hospitalière de France*, n°505, pp. 34–38.
- MINVIELLE E., AEGERTER P., DERVAUX B., BOUMENDIL A., RETBI A., JARS-GUINCESTRE M., et CUB-REA network. (2008), Assessing organizational performance in intensive care units: A French experience. *Journal of Critical Care*, n°23, pp. 236–244.
- MINVIELLE E. et COMPAQH. (2005), *Mise en oeuvre d'une batterie d'indicateurs de la qualité des soins au sein d'Etablissements de l'UGECAM*. Rapport final.
- MINVIELLE E. et GRENIER-SENNEЛИER C. (2000), Elaboration d'un système de mesure de la performance en matière de qualité de la prise en charge des malades. Enseignements d'une expérience concrète. *Le courrier de l'évaluation en santé*, n°19, pp. 8–15.
- MINVIELLE E., GRENIER-SENNEЛИER C., CORRIOL C., MICHEL P. et DAUCOUR V. (2003), *COMPAQH : Rapport d'étape 2003*. Rapport du projet COMPAQH.
- MORET L. BOURCY V. TRICAUD-VIALLE S. GIRAUD-ROUFAST A. ANTHOINE E. YORDANOV Y. et LOMBRAIL P. (2009), Le projet européen PATH. *Risques et Qualité en milieu de soins*, vol. 6, n°1, pp. 41–48.
- MORET L., RICOLLEAU-PAILLE C., SURER N., DELARUE S., GUISET A.-L., LOMBRAIL P. et GROUPE OPERATIONNEL PATH (2005), L'expérimentation PATH de comparaison des performances hospitalières en France. *Risques et Qualité en milieu de soins*, vol. 2, n°4, pp. 220–228.
- NAIDITCH M., LOMBRAIL P. et CHALE J.-J. (1999), Dossier : faut-il classer hôpitaux ? *La Recherche*, n°324, pp. 64–78.
- OR Z. et COM-RUELLE L. (2008), La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? Document de travail, IRDES, n°18.

- PARNEIX P., SALOMON V., GARNIER P., DROUVOT V. et TRAN B. (2007), Les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, INVS, n°12-13 pp. 102-104.
- PETIT J. (1996), Evaluation des pratiques professionnelles et de l'organisation des soins en anesthésie-réanimation : une démarche stratégique. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, vol. 15, n°1, pp. 9-12.
- POLE IMER-HCL. (2009), Développement d'indicateurs de la sécurité des soins (PSI) à partir des bases de données médico-administratives hospitalières : évaluation et validation d'une sélection d'indicateurs. *Etudes et Recherches*, DREES, n°93, pp. 1-28.
- POUTHIER V. et COMPAQH. (2006), *Les mécanismes de régulation de la qualité : définition d'une typologie générique et application au service hospitalier*. Rapport du projet COMPAQH.
- RAMBAUD C. (2009), Indicateurs et usagers du système de santé. Le point de vue du patient. *Risques et Qualité en milieu de soins*, vol. 1, n°1, pp. 61-64.
- RAVAUD P., GIRAUDEAU B., ROUX P.-M. et DURIEUX P. (1999), Les indicateurs de mortalité sont-ils de bons indicateurs de qualité des soins ? *La Presse Médicale*, vol. 28, n°29, pp. 1604-1609.
- RITTER P. (2008), *Rapport sur la création des Agences régionales de santé (ARS)*, Rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.
- SALOMON V., NADAL J.-M. et DHOS. (2006), Icalin et les indicateurs de qualité des soins. Dossier : Qualité et performance. *La Revue Hospitalière de France*, n°513, pp. 29-30.
- SICOTTE C., CHAMPAGNE F., CONTANDRIOPOULOS A.-P., BARNESLEY J., BELAND F., LEGGAT S.-G. et BAKER G.-R. (1998), A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health services management research : an official journal of the Association of University Programs in Health Administration*, vol. 11, n°1, pp. 24-41.
- SRLF. (2003), Tableau de bord en réanimation. *Réanimation*, vol. 12, n°S2, pp. 75s-84s.
- TALON D. (2005), Le staphylocoque doré résistant à la méticilline comme marqueur de qualité des soins en matière d'hygiène hospitalière : quel indicateur utiliser ? *Hygiènes*, vol.13, n°1, pp. 59-60.
- TOVALACCI M.-P., MERLE V., GERMAIN J.-M. et CZERNICHOW P. (2007), Perception de l'Indice Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ICALIN) par les patients et les professionnels de santé : enquête en Haute-Normandie. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, INVS, n°11-12, pp. 104-107.
- VEILLARD J., CHAMPAGNE F., KLAZINGA N., KAZANDJIAN V., AARAH O.-A. et GUISET A.-L. (2005), A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, vol. 17, n°6, pp. 487-96.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2000), *The world health report 2000: Health systems: improving performance*. Rapport de l'Organisation Mondiale pour la Santé.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Parcours de recherche

Cette recherche doctorale a démarré en octobre 2008, sous la forme d'un projet de thèse accueilli au sein de l'axe santé du CSO et financé par une allocation-monitorat de l'IEP de Paris pour trois ans. Intitulé « rationalisation du champ sanitaire et politiques de santé », le projet se proposait d'étudier la réorganisation de l'hôpital public en pôles d'activité, faisant suite au plan « Hôpital 2007 » de 2003. Initialement, il s'agissait d'interroger les dynamiques de transformation du secteur hospitalier en enquêtant sur la genèse institutionnelle et la mise en œuvre de cette réforme récente et encore peu étudiée.

Le déplacement de la thèse vers la question des « indicateurs de qualité » s'est opéré graduellement à partir de décembre 2008, non sans lien avec ma participation au projet de recherche intitulé « impact de la généralisation des indicateurs de qualité en Aquitaine » (IMGENI), financé par la Haute Autorité de santé (HAS) et réalisé en partenariat avec le comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA). IMGENI a réuni entre 2008 et 2010 une équipe de sociologues composée de Daniel Benamouzig (CSO), Magali Robelet (à l'époque rattachée au GRAPHOS), Livia Velpry (Paris 8), Marie Levif (LAPSAC) et moi-même, avec le concours en 2009 de Marjory Corbinaud et Pierre Vendassi (à l'époque étudiants en M2 sociologie à Bordeaux 2). IMGENI a d'abord constitué l'occasion de réaliser des terrains exploratoires dans deux établissements en décembre 2008, en collaboration avec Daniel Benamouzig, Magali Robelet et Marie Levif. Ces deux terrains, qui ne sont pas mobilisés directement dans la thèse, ont permis d'affiner le questionnement et de calibrer l'investigation en vue de la réalisation de quatre enquêtes qualitatives approfondies et d'une enquête par questionnaire à l'échelle des établissements de la région Aquitaine, dont les résultats sont présentés dans un rapport de recherche (Benamouzig et al., 2010). Dans le cadre du projet IMGENI, nous étions chargés, Pierre Vendassi et moi, de mener une enquête qualitative approfondie à l'intérieur de deux établissements aquitains au printemps 2009. Cette investigation m'a permis de rédiger deux monographies qui sont mobilisées dans la thèse comme l'enquête au CH du Terroir et à la Clinique des Erables (voir annexe 4). En partage ou en tandem avec Marie Levif et Daniel Benamouzig, plusieurs entretiens ont été réalisés la même année auprès de la HAS, de l'ARH d'Aquitaine et du CCECQA, qui ont constitué les premiers éléments de l'enquête institutionnelle utilisée dans cette thèse (voir annexe 2).

Lors de ces premières investigations, la réorganisation en pôles d'activité, qui faisait partie des thèmes abordés lors des entretiens est rapidement passée au second plan par rapport à la généralisation des indicateurs de qualité, qui est apparue comme un objet sociologique aux multiples facettes, permettant de « tenir ensemble » les aspects nationaux, régionaux et locaux d'une part, la dimension institutionnelle et professionnelle de ces instruments d'autre part. Ces premières investigations m'ont

ainsi amené à réorienter à l'automne 2009 mon sujet de thèse, pour construire le déploiement des indicateurs de qualité par l'Etat comme mon principal objet d'étude. A partir du printemps 2010, j'ai poursuivi individuellement l'enquête auprès des acteurs institutionnels et amorcé un travail de recueil documentaire systématique à ce sujet. Ce travail indépendant, poursuivi jusqu'en 2012, a permis d'opérer une distanciation et une clarification du statut de l'enquête mobilisée dans la thèse par rapport aux acteurs institutionnels partenaires et commanditaires de l'enquête IMGENI. L'objet de ma thèse était dès lors moins de saisir « l'impact » local des IQ que d'étudier toute la chaîne d'action publique qui se constitue autour de l'instrumentation, depuis sa genèse institutionnelle jusqu'à ses effets locaux.

A partir de 2011, ces investigations ont bénéficié de ma participation à un second projet de recherche, financé par l'Institut de recherche en santé publique (IRES-P) et intitulé « les opérateurs de l'évaluation économique et de l'amélioration de la qualité des soins en Europe » (EVALECO). Amorcé en 2010 et en cours de finalisation au moment de la rédaction de cette thèse, ce projet a pour vocation de comparer l'usage des savoirs gestionnaires et économiques agencés dans deux types d'instruments (l'évaluation de la qualité et l'évaluation médico-économique) dans trois contextes institutionnels sanitaires européens (France, Allemagne et Angleterre). Il s'agit d'enquêter de manière comparative sur ces savoirs et sur les dynamiques institutionnelles dans lesquelles ils s'insèrent. EVALECO réunit une équipe de sept sociologues et politistes : Daniel Benamouzig (CSO), Patrick Hassenteufel (CESDIP), Louise Hervier (CEE), Jérôme Minonzio (IFROSS), Magali Robelet (CMW), Elina Weckert (CESDIP, UVSQ) et moi-même. Participer à EVALECO m'a offert une quatrième année de financement. Dans ce cadre, j'ai mené entre 2010 et 2012 l'enquête consacrée aux « sources écrites », qui a notamment servi de support à la rédaction d'une bibliographie commentée des savoirs mobilisés dans les indicateurs de qualité en France (voir annexe 3). C'est également dans le cadre de ce projet que j'ai terminé l'enquête institutionnelle en 2011 et 2012, en réalisant et en partageant certains entretiens avec Magali Robelet (voir annexe 2). Plus généralement, le projet a constitué au cours des dernières années de la thèse un espace de discussions comparatives : les indicateurs de qualité sont étudiés en Allemagne par Elina Weckert et en Angleterre par Louise Hervier ; l'évaluation médico-économique est étudiée en France par Jérôme Minonzio et Magali Robelet, en Allemagne par Patrick Hassenteufel et en Angleterre par Daniel Benamouzig.

Indépendamment de cette participation au projet EVALECO, j'ai enquêté au printemps 2011 dans deux établissements de la région Rhône-Alpes (l'Hôpital Saint Pierre et la Clinique Mont d'Or, voir annexe 4). Deux ans après la double enquête en Aquitaine, région de généralisation précoce des indicateurs, l'objectif était de diversifier les éléments empiriques à l'échelle locale. La phase de rédaction de la thèse s'est échelonnée entre le printemps 2012 et l'automne 2014. Elle a été financée par deux années en tant qu'ATER en sociologie à l'université Paris Dauphine.

ANNEXE 2 : Méthodologie de l'enquête institutionnelle

Entre l'hiver 2008 et le printemps 2012, j'ai enquêté auprès des institutions publiques de manière à reconstituer la genèse institutionnelle des indicateurs qualité depuis la fin des années 1990 et saisir leur déploiement à partir du milieu des années 2000. Cette annexe précise les conditions de réalisation de cette enquête et établit le tableau des données collectées.

1. Les entretiens auprès des acteurs institutionnels

En plus de quelques entretiens exploratoires qui ne sont pas comptabilisés, 48 entretiens et deux observations ont été réalisés dans le cadre de l'enquête institutionnelle.

1) Déroulement de la campagne d'entretiens

Les premiers entretiens ont été réalisés dans le cadre du projet de recherche IMGENI, financé par la Haute Autorité de santé (HAS) et en partenariat avec le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA). Entre décembre 2008 et mars 2009, nous avons réalisé, avec Daniel Benamouzig et Marie Levif, une dizaine d'entretiens avec les principaux acteurs investis dans la démarche de généralisation des indicateurs de ces deux organisations, qui ont permis d'opérer un premier repérage. Entre 2010 et 2012, j'ai mené une enquête plus systématique auprès de l'ensemble des acteurs et des institutions engagées dans l'action publique autour des IQ. Au fur et à mesure de l'identification de nouveaux experts ou de nouvelles institutions, j'ai très progressivement élargi l'investigation à d'autres acteurs de la Haute Autorité de santé, du ministère de la santé, de la Caisse nationale d'assurance maladie, de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements, des différentes fédérations hospitalières, d'une association représentant les patients, de deux sociétés savantes d'anesthésie réanimation et d'une pluralité d'acteurs régionaux. Ces personnes ont été contactées par e-mail ou par téléphone. La plupart ont accepté la réalisation des entretiens sans problème : je n'ai fait face qu'à deux refus sur toute la durée de la campagne d'entretiens.

Le « monde » des indicateurs de qualité à l'échelle nationale est un « petit monde » constitué d'acteurs qui se connaissent bien et identifient parfaitement les représentants institutionnels mobilisés sur le sujet. Il a donc été relativement facile de solliciter les interviewés pour obtenir des contacts. Afin d'éviter les biais classiques de la constitution de l'échantillon par « effet boule-de-neige », j'ai aussi contacté les acteurs qui sont apparus centraux dans l'enquête documentaire (voir seconde section de cette annexe), ou lors de l'enquête consacrée aux sources écrites (voir annexe 3). Après plus de trois ans de terrain, il m'est apparu en 2012 qu'il devenait difficile d'identifier de nouveaux acteurs à rencontrer, signe de la saturation de l'enquête institutionnelle à l'échelle nationale. Dans le cas d'acteurs particulièrement centraux, plusieurs entretiens ont parfois dû être réalisés. Entre 2010 et

2012, certains des entretiens institutionnels ont été réalisés avec Magali Robelet dans le cadre du projet EVALECO.

Devant l'impossibilité d'une enquête exhaustive à l'échelle régionale, j'ai décidé de panacher mes investigations dans une poignée de régions. L'Aquitaine a constitué un terrain plus approfondi, à partir des contacts noués au CCECQA et de l'enquête auprès de l'Agence régionale réalisée en 2009 dans le cadre du projet IMGANI. En 2010, j'ai élargi l'enquête à la région Rhône-Alpes, de manière toutefois plus superficielle. Il s'agissait aussi d'assurer une cohérence avec l'appartenance régionale des quatre établissements au sein desquels j'ai mené l'enquête « locale » (deux en Aquitaine ; deux en Rhône Alpes, voir annexe 4). Enfin, j'ai été amené à recueillir des données plus disparates en Franche Comté et en Auvergne.

2) Préparation, conduite et traitement des entretiens

Les premiers entretiens ont été réalisés de manière très ouverte, afin d'explorer très librement le sujet de l'action publique par les indicateurs de qualité. Les premiers jalons historiques, institutionnels et techniques posés, il s'est toutefois révélé nécessaire d'arriver davantage « équipé » en connaissances et en questions précises lors des entretiens afin de sortir d'un récit très général de l'historique et des grands objectifs et principes autour du déploiement des indicateurs de qualité pour rentrer véritablement dans les rouages institutionnels, dans la machinerie des indicateurs et dans les relations complexes entre tout un ensemble d'acteurs. La plupart des entretiens semi-directifs ont été approfondis et d'une durée relativement longue : entre 1h et 2h30 (1h20 en moyenne). Ils ont le plus souvent été réalisés sur le lieu de travail des interviewés, plus rarement dans un café ou au domicile. J'ai réalisé un entretien par téléphone suite à l'annulation par l'interviewé du rendez-vous prévu.

De manière à reconstituer pièce après pièce le puzzle de l'action institutionnelle autour des indicateurs, j'ai mené cette campagne d'entretiens sur un temps relativement long. L'écart entre les entretiens a permis un travail poussé de préparation, nourri des informations récoltées lors des entretiens précédents et à travers une recherche documentaire spécifique et systématique sur Internet. Les questionnements généraux de l'enquête ont été déclinés dans des guides d'entretien spécifiques et précises permettant de mener une enquête très précise sur la genèse institutionnelle des indicateurs de qualité, sur les relations entre les différentes institutions autour de ces indicateurs, sur le rôle des différents « experts » identifiés, sur le contenu technique des indicateurs de qualité. Le travail documentaire et l'enquête sur les sources écrites, menés en parallèle de cette campagne, se sont révélés d'un grand secours dans la construction de ces guides d'entretien. Ces guides d'entretien ont permis de lister les sujets d'intérêt et m'ont servi « d'aide-mémoire ». Les entretiens ont pris la forme d'une discussion relativement ouverte, cadrée par les relances autour des différents sujets abordés. J'ai enregistré presque tous les entretiens, à l'exception de quelques refus d'interviewés et d'un problème

technique. Tous les entretiens enregistrés ont fait l'objet d'une transcription intégrale. Lors des entretiens non enregistrés, j'ai pris des notes extensives que j'ai également transcrites. J'ai ensuite analysé les entretiens et croisé les informations recueillies à cette occasion avec les données issues de l'enquête documentaire et de l'enquête consacrée aux sources écrites.

3) Modalités d'anonymisation et de mobilisation des entretiens institutionnels

De nombreux interviewés interviennent dans l'action publique autour des indicateurs de qualité à de multiples titres et/ou à différentes périodes. Pour cette raison, il se révèle délicat de qualifier simplement les interviewés par une unique fonction. J'ai donc codé les entretiens de manière à faciliter la mobilisation des extraits dans les différents chapitres. Pour chaque citation mobilisée, j'ai indiqué quelques caractéristiques pertinentes de l'interviewé, tout en renvoyant le lecteur qui souhaiterait retrouver des informations plus complètes ou faire le lien entre plusieurs citations au tableau qui suit dans cette annexe.

J'ai cherché à garantir du mieux possible l'anonymat des interviewés, dont la plupart ne sont pas nommés dans le texte ni dans cette annexe. J'ai toutefois dû me résoudre à quelques exceptions pour des raisons qui méritent d'être justifiées. Les journalistes du *Point* ont demandé explicitement à être nommés, et le sont dans cette annexe. J'ai également nommé quelques personnages « historiques » de l'institutionnalisation de la qualité rencontrés en tant que témoins des débuts de cette histoire. Par ailleurs, les experts centraux de l'action publique par les indicateurs prennent position publiquement et signent des articles ou des rapports en leur nom propre depuis de nombreuses années. Par conséquent, masquer le nom de cette poignée d'experts n'aurait aucun sens puisqu'ils sont très facilement identifiables de par leur fonction dans le petit monde des indicateurs qualité. Cela aurait aussi signifié m'interdire d'utiliser de nombreuses informations pourtant publiques et de citer leurs différents travaux, ce qui aurait compromis le projet d'établir le lien entre les dynamiques institutionnelles et cognitives. Plutôt qu'un anonymat de façade, j'ai opté pour la nomination précautionneuse dans le corps du texte de ces quelques experts, en veillant à protéger autant que possible l'anonymat des entretiens réalisés avec eux. Cela m'a amené à ne pas coder certaines des citations mobilisées et à me référer volontairement à des collectifs parfois vagues afin de ne pas avoir à désigner nommément les interviewés. Plus rarement, et uniquement dans le cas de témoignages factuels ou correspondant étroitement à des prises de position publiques de ces acteurs, j'ai fait le lien entre leur nom et les extraits de citations mobilisées.

4) Corpus de données institutionnelles

Dans les deux tableaux qui suivent, les initiales permettent de désigner les sociologues qui ont réalisé les différents entretiens, parfois en tandem : Marie Levif (ML), Magali Robelet (MR), Daniel Benamouzig (DB) et moi-même (HB). Je précise également quels entretiens ont été partagés dans le cadre des projets de recherche collectifs IMGENI et EVALECO (voir annexe 1).

Tableau 3. Liste des entretiens institutionnels

| Code | Interviewé(s) | | Contexte de l'entretien | | | |
|------|---------------|--|-------------------------|--------|-----------------------------------|--------------------|
| | Nb. | Principales fonctions | Date | Durée | Lieu | Réalisation |
| I-1 | 1 | Economiste Coordinateur du programme de travail (ANAP) | 03/05/2011 | 1h40 | ANAP Paris | HB |
| I-2 | 1 | Pharmacienne de formation Responsable de l'OMEDIT (ARH Aquitaine) | 15/09/2009 | 1h | ARH Bordeaux | DB et ML IMGENI |
| I-3 | 1 | Adjointe de direction (ARH Aquitaine) | 15/09/2009 | 1h | | |
| I-4 | 1 | Médecin anesthésiste-réanimateur de formation Directeur (ARH Aquitaine) | 15/09/2009 | 1h | | |
| I-5 | 1 | Médecin inspecteur DRASS (ARH Aquitaine) | 15/09/2009 | 1h | | |
| I-6 | 2 | Deux acteurs actifs sur la qualité (ARH Rhône Alpes) : - Médecin généraliste de formation chargé de mission « responsable SROS » - IDE puis directrice d'établissement de formation Chargée de mission « suivi de la certification » | 12/03/2010 | 2h10 | ARH Lyon | HB |
| I-7 | 1 | Directrice adjointe de l'Offre de soins (ARS Aquitaine) | 26/04/2012 | 1h | Entretien tél. | HB |
| I-8 | 4 | Quatre acteurs régionaux en Auvergne : - Médecin en santé publique fondateur (GREQUAU) - Médecin de santé publique (GREQUAU) - Président (GREQUAU) - Représentant institutionnel (DRASS Auvergne) | 18/03/2010 | 2h20 | CHU Clermont- Ferrand | HB |
| I-9 | 1 | Directeur d'hôpital de formation Conseiller technique au Cabinet de Roselyne Bachelot (ministère de la Santé) | 22/03/2010 | 45mins | Ministère de la Santé Paris | HB |
| I-10 | 1 | Chargé d'études (CCECQA) | 09/12/2008 | 1h | CCECQA Pessac | ML IMGENI |
| I-11 | 1 | Assistant de recherche clinique (CCECQA) | 09/12/2008 | 1h20 | | |
| I-12 | 1 | Médecin en santé publique (CCECQA) | 09/12/2008 | 50mins | | |
| I-13 | 1 | Assistant de recherche clinique (CCECQA) | 08/12/2008 | 1h10 | | |
| I-14 | 1 | Assistant de recherche clinique (CCECQA) | 08/12/2008 | 1h | | HB IMGENI |
| I-15 | 1 | Statisticien (CCECQA) | 08/12/2008 | 1h30 | | ML et HB IMGENI |
| I-16 | 1 | Philippe Michel Chercheur en santé publique Directeur médical du CCECQA | 21/03/2012 | 1h10 | | HB |

| Code | Interviewé(s) | | Contexte de l'entretien | | | |
|------|---------------|---|-------------------------|--------|---|---------------------|
| | Nb. | Principales fonctions | Date | Durée | Lieu | Réalisation |
| I-17 | 1 | Cyrille Colin Chercheur en épidémiologie Directeur du pôle IMER aux HCL de Lyon Président de la CEPPRAL | 15/03/2010 | 2h | HCL Lyon | HB |
| I-19 | 1 | Haut fonctionnaire Carrière au sein des institutions sanitaires Ancien directeur délégué à l'organisation des soins (CNAMts) | 29/04/2011 | 1h40 | Cabinet de conseil Paris | MR et HB EVALECO |
| I-20 | 1 | Etienne Minvielle Chercheur en gestion Responsable du projet COMPAQH | 22/04/2011 | 2h | Institut Gustave Roussy Villejuif | MR et HB |
| I-21 | | | 12/07/2011 | 1h | | EVALECO |
| I-22 | 1 | Médecin cancérologue En charge du pilotage des projets de recherche bureau « qualité et sécurité des soins » DHOS (ministère) | 23/02/2010 | 1h20 | Ministère de la Santé Paris | HB |
| I-23 | 1 | Chef de bureau « qualité et sécurité des soins » DHOS (ministère) | 22/02/2010 | 45mins | | HB |
| I-24 | 1 | Chargé de mission bureau « qualité et sécurité des soins » DHOS (ministère) | 23/02/2010 | 1h20 | | HB |
| I-25 | 1 | Chargé de mission sous-direction « observation de la santé et de l'assurance maladie » DREES (ministère) | 03/03/2011 | 1h15 | | HB |
| I-26 | 1 | Médecin de santé publique 2000 – 2004 : Chef de bureau « qualité » (DHOS) 2004 – 2008 : Chargée de mission (DREES) (ministère de la Santé) | 05/04/2011 | 1h25 | HCSP Paris | HB |
| I-27 | 1 | Médecin de santé publique Conseiller médical (FEHAP) | 14/04/2010 | 50mins | FEHAP Paris | HB |
| I-28 | 2 | Deux acteurs actifs sur la qualité (FHF) : - Directeur d'hôpital de formation, directeur du pôle « organisation sanitaire et médico-sociale » - Chargée de mission « questions sanitaires » | 24/06/2010 | 1h25 | FHF Paris | HB |
| I-29 | 1 | Directrice du BAQIMEHP (FHP) | 06/04/2012 | 1h20 | BAQIMEHP Paris | MR et HB EVALECO |
| I-30 | 1 | Catherine Grenier Médecin en santé publique 2003 - 2005 : participation au projet COMPAQH 2005 - 2012 : directrice service qualité - indicateurs (FNCLCC) Depuis 2012 : responsable du service IPAQSS (HAS) | 22/03/2010 | 1h50 | FNCLCC Paris | HB |
| I-31 | 1 | | 08/03/2012 | 1h | HAS Saint Denis | HB |
| I-32 | 1 | Alain Coulomb Haut fonctionnaire Ancien délégué général (UHP) Ancien directeur (ANAES puis HAS) | 15/04/2011 | 1h50 | Cabinet de conseil Paris | HB |
| I-33 | 2 | Deux acteurs de la HAS : - Directeur d'hôpital de formation, directeur de la DAQSS - Médecin responsable du service « programmes pilotes » | 10/04/2009 | 1h15 | HAS Saint Denis | DB et HB IMGENI |
| I-34 | 1 | Frédéric Bousquet Economiste de la santé Avant 2000 : chargé de mission (UHP) 2000 – 2004 : chargé de mission (DREES) 2005 – 2008 : responsable du service IPAQH (HAS) Alors en poste à la CNAMts | 22/02/2012 | 2h25 | CNAMts Paris | HB |

| Code | Interviewé(s) | | Contexte de l'entretien | | | |
|------|---------------|---|-------------------------|-------|------------------------------------|---------------------|
| | Nb. | Principales fonctions | Date | Durée | Lieu | Réalisation |
| I-35 | 1 | Economiste de la santé Service « qualité de l'information médicale » (HAS) | 03/05/2011 | 1h50 | HAS | HB |
| I-36 | 1 | Membre du collège Président de la commission « certification » (HAS) | 10/04/2011 | 1h45 | Saint Denis | MR et HB EVALECO |
| I-37 | 1 | Médecin PUPH et directeur de recherche (INSERM) Ancien président du collège (HAS) | 10/04/2011 | 1h40 | Domicile Paris | MR et HB EVALECO |
| I-38 | 1 | Philippe Burnel Economiste de la santé Début de carrière au sein des institutions sanitaires 2004 – 2006 : directeur de l'accréditation (HAS) Depuis 2006 : délégué général (FHP) | 09/05/2011 | 1h | FHP Paris | MR EVALECO |
| I-39 | 2 | Service en charge de la certification (HAS) : - Responsable du service SCES - Adjoint du responsable de service SCES | 09/04/2009 | 1h50 | | DB et HB IMGENI |
| I-40 | 3 | Service développement de la certification (HAS) : - responsable du service SDC - adjoint du responsable du service SDC - chef de projet SDC | 09/04/2009 | 1h20 | HAS Saint Denis | DB et HB IMGENI |
| I-41 | 2 | Service en charge des indicateurs (HAS) : - responsable du service SIPAQSS - chargée de projet du service SIPAQSS | 10/04/2009 | 1h20 | | DB et HB IMGENI |
| I-42 | 1 | Haut fonctionnaire Carrière au sein des institutions sanitaires Inspecteur général des affaires sociales (IGAS) | 29/04/2011 | 1h50 | Café Paris | MR et HB EVALECO |
| I-43 | 1 | Juriste de formation Présidente d'association (LE LIEN) | 26/06/2010 | 2h10 | Domicile banlieue parisienne | HB |
| I-44 | 2 | Deux journalistes investis dans les palmarès (Le Point) : - François Malye - Jérôme Vincent | 16/06/2010 | 1h45 | Journal Le Point Paris | HB |
| I-45 | 1 | Pierre Lombrail Professeur (PUPH) en santé publique Directeur du PIMESP (CHU de Nantes) | 21/04/2010 | 2h20 | CHU Nantes | HB |
| I-46 | 2 | Deux acteurs (REQUA) : - chirurgien orthopédiste de formation, directeur du REQUA - médecin de santé publique, chargé de projet au REQUA et participant au projet COMPAQH | 05/05/2010 | 2h30 | REQUA Besançon | HB |
| I-47 | 1 | Médecin anesthésiste-réanimateur Responsable du pôle d'anesthésie (CHU Kremlin-Bicêtre) Vice-président de la SFAR | 14/03/2012 | 2h | CHU Kremlin- Bicêtre Paris | HB |
| I-48 | 1 | Philippe Loirat Médecin réanimateur retraité Conseiller technique (COMPAQH) Ancien président (SRLF) Ancien président du conseil scientifique (ANDEM, HAS) | 07/03/2012 | 1h25 | HAS Saint Denis | HB |
| I-49 | 1 | Médecin de formation Ancien conseiller du directeur de la DH (ministère) 1987 - 1989 : responsable du PMSI (ministère) 1987 – 2002 : président du groupe IMAGE (ENSP) | 30/06/2011 | 1h20 | IFROSS Lyon | MR EVALECO |

Tableau 4. Liste des observations institutionnelles

| Code | Événement observé | Contexte de l'observation | | | |
|------|---|---------------------------|-------|---|--------------|
| | | Date | Durée | Lieu | Réalisation |
| I-18 | Réunion de lancement du projet « CLARTE » | 29/03/2011 | 2h30 | Salle de réunion Hôpital Georges Pompidou Paris | HB |
| I-50 | Réunion de restitution GINQA-MEDINA | 16/06/2009 | 2h | Amphithéâtre utilisé par l'ARH Bordeaux | ML IMGENI |

2. L'enquête documentaire

Sans réaliser un travail « d'archives » au sens classique du terme, j'ai recueilli et analysé un vaste corpus de documents institutionnels relatifs aux indicateurs de qualité, en parallèle de cette campagne d'entretiens. Sans faire la liste des 230 documents institutionnels récoltés au cours de l'enquête, je précise ici brièvement la manière dont ils ont été recueillis et utilisés.

1) Modalités de recueil

Entre 2009 et 2011, c'est-à-dire pendant la phase la plus active de la campagne d'entretiens institutionnels, j'ai utilisé l'outil par navigateur *Google Reader* pour opérer un suivi régulier des fils RSS de nombreux sites institutionnels : HAS, ministère de la Santé, certaines fédérations hospitalières, certains sites d'information spécialisés dans le domaine de la santé. Par ce moyen, j'ai pu suivre et collecter les nombreuses prises de position, discours ministériels, communiqués ou dossiers de presse, directement en rapport avec les IQ ou permettant de collecter des informations de cadrage. Ce travail de veille a été complété par une recherche en ligne systématique pour préparer les entretiens : consultation des sites institutionnels, consultation des CV des interviewés lorsqu'ils sont publics, etc. Ce travail de recherche a été facilité par la propension de certaines des institutions étudiées (comme la HAS, le projet COMPAQH et, dans une moindre mesure, le ministère de la Santé) à mettre en ligne une abondante documentation. Enfin, j'ai collecté de nombreux documents qui m'ont été confiés par les interviewés eux-mêmes lors des entretiens. Tous ces documents ont été classés et archivés.

Le corpus documentaire ainsi constitué est varié. Il comprend des textes juridiques (articles de la loi HPST, décrets d'application, circulaires ministérielles), des discours ministériels, des débats parlementaires, des transparents de présentation des experts, des guides méthodologiques, des outils de benchmarking ou de classement utilisés par les fédérations, des cahiers des charges présentant les différents indicateurs, des comptes rendus d'audition parlementaire des responsables institutionnels, des *verbatim* de réunions de projets de recherche, des tableaux de bord d'indicateurs déployés par les structures régionales, des graphiques issus des sites institutionnels, etc.

2) Modalités d'utilisation

J'ai utilisé la plupart de ces documents comme des ressources pour repérer des acteurs à rencontrer, préparer les guides d'entretien, mettre au jour des éléments de contexte, forger des intuitions et établir des constats. Certains se sont révélés particulièrement utiles pour rentrer dans la « boîte noire » des indicateurs et décrypter leur mode de construction et leur mode opératoire, qui constituent des thèmes sur lesquels il s'est révélé plus difficile d'enquêter par entretien. D'autres m'ont permis de replacer les récits des acteurs institutionnels dans une trame temporelle plus ferme que celle des souvenirs des interviewés. D'autres enfin ont été utilisés pour analyser les discours officiels tenus par les institutions ou la manière dont elles s'attachent à enrôler d'autres acteurs dans la démarche de mesure de la qualité : c'est notamment le cas des nombreux communiqués de presse diffusés par les institutions publiques ou les fédérations hospitalières.

J'ai utilisé une partie de cette documentation pour retracer le parcours et le « portrait » des organisations et des acteurs les plus centraux de l'action publique par les IQ, qui sont mobilisés dans la deuxième partie de la thèse et restitués dans l'annexe 7. Parmi ces « portraits » figurent la poignée d'acteurs centraux qui sont nommés dans le corps du texte. Ces portraits sont construits à partir d'informations de nature publique, concernant essentiellement les parcours professionnels ou les publications de ces acteurs telles qu'elles apparaissent dans les articles scientifiques ou dans les communiqués de presse institutionnels ; je n'ai pas mobilisé d'information de nature « privée » ou collectée lors des entretiens.

Enfin, j'ai utilisé une petite portion de ces documents directement dans la thèse pour illustrer des résultats de recherche. Ils apparaissent dans les différents chapitres sous la forme de « figures » ou « d'encadrés » commentés et analysés, qui permettent de saisir sous une forme cristallisée les discours, les techniques et les aspects graphiques des IQ généralisés par l'Etat, difficiles à restituer autrement que par ce type d'illustrations. Au cours de la rédaction, ces éléments documentaires se sont révélés très complémentaires des informations que j'ai obtenues par le biais de l'enquête par entretiens. Ces deux corpus ont été articulés dans la construction et la rédaction des différents chapitres.

ANNEXE 3 : Méthodologie de l'enquête sur les « sources écrites »

Dans le but d'enquêter sur la dimension cognitive et matérielle des indicateurs de qualité, j'ai recueilli, répertorié et analysé un ensemble hétérogène de 171 sources écrites consacrées à la démarche française : articles scientifiques, rapports administratifs, publications dans des revues professionnelles ou dans des espaces offerts par les institutions publiques. Dans cette annexe, je présente cette enquête de manière générale (1), puis je décris le procédé d'analyse qualitative que j'ai adopté pour rédiger une bibliographie commentée (2), avant de restituer la manière dont j'ai complété cette analyse qualitative par une étude bibliométrique de ce corpus (3).

1. Présentation générale

Cette section présente succinctement le contexte de cette enquête, son périmètre et la manière dont les sources ont été sélectionnées.

1) Contexte général et déroulement de l'enquête

J'ai initié cette enquête en 2010, dans le cadre de ma participation au projet de recherche EVALECO, afin de nourrir la comparaison entre les six cas empiriques étudiés. Concernant l'évaluation de la qualité, deux autres bibliographies ont été réalisées sur les cas allemand (par Elina Weckert) et anglais (par Louise Hervier). Ce travail bibliographique visait à donner une représentation précise de l'état de la littérature sur les indicateurs qualité dans le domaine hospitalier. Même si d'autres questions relatives à la qualité, comme l'accréditation par exemple, ont été abordées indirectement, par le biais des indicateurs, elles n'ont pas fait l'objet d'une exploration pour elles-mêmes dans le cadre de la bibliographie. L'objectif était de recenser les principales sources écrites consacrées à la « mesure de la qualité » depuis la fin des années 1990 dans ces trois pays, pour les ordonner à partir d'une lecture de leurs résumés et, dans certains cas, d'une analyse plus exhaustive. Les trois bibliographies commentées ont été rédigées progressivement entre 2011 et 2012.

Par la suite, en 2012 et 2013, j'ai poursuivi le travail d'analyse de manière plus personnelle sur le cas français, en approfondissant la lecture de certaines sources centrales et en procédant à une analyse bibliométrique dans le but d'objectiver et de compléter les résultats qualitatifs établis par la bibliographie commentée. Cette dimension bibliométrique, non prévue à l'origine, s'est imposée en cours de rédaction comme un complément utile de l'analyse qualitative, permettant de confirmer des intuitions, d'objectiver ou d'illustrer certains de mes résultats (voir notamment le chapitre 3).

2) Procédé de repérage et de collecte des sources écrites

Dès les recherches exploratoires, j'ai constaté que la littérature consacrée aux instruments de mesure de la qualité des soins en France était loin de constituer une « sous-discipline » cohérente en économie de la santé, en sciences de gestion, en santé publique ou en épidémiologie. Elle rassemble plutôt un corpus aux frontières floues, aux auteurs variés et, souvent, multipositionnés. Plutôt que de pratiquer une sélection mécanique des documents sur quelques critères précis, il m'a semblé plus pertinent d'adopter une stratégie de recherche progressive et relativement « ouverte », accordant une place importante à l'analyse « qualitative » des sources, afin de contrôler les biais liés à la recherche documentaire. J'ai ainsi identifié plusieurs points d'entrée dans le corpus.

J'ai d'abord réalisé une recherche thématique « par mots-clés » dans la banque de données en santé publique (BDSP). Une première recherche croisant les mots-clés « indicateurs », « qualité », et « soins » dans la BDSP n'a fait apparaître que 18 résultats. J'ai donc choisi d'effectuer plusieurs recherches limitées aux titres et résumés de sources, en combinant une plus grande variété de mots-clés : « indicateurs », « mesure », « évaluation », « qualité », « performance », « santé », « soins ». Au total, cette recherche thématique a donné environ 200 résultats, inégalement pertinents, qu'il a fallu trier par la lecture des abstracts ou des articles. J'ai aussi conduit une recherche « par auteurs » sur Google, dans la BDSP, CAIRN, Persée, et ScienceDirect. Les entretiens que j'ai menés en parallèle auprès des acteurs institutionnels (voir annexe 2) ont été d'une aide précieuse dans l'identification des « experts » qui sont aussi les auteurs de ces sources. J'ai repéré de cette manière une cinquantaine de sources, dont certaines ont aussi émergé de la recherche thématique par mots-clés. J'ai également consulté les sites Internet des institutions (HAS, DREES). Concernant les sources « médicales », la recherche a impliqué que j'accède à la bibliothèque interuniversitaire de Santé de Paris, qui m'a permis de consulter certaines revues médicales généralistes et les revues médicales des sociétés savantes de deux disciplines : essentiellement l'anesthésie-réanimation et, dans une moindre mesure, la cardiologie. Enfin, l'étude de la bibliographie des sources identifiées comme étant centrales m'a permis de compléter le corpus. Ce travail a pris fin dès lors que ces différentes techniques n'ont plus permis d'identifier de nouvelles sources, et que les entretiens ne révélaient plus de nouveautés sur cette question, signe de la saturation de la recherche documentaire.

J'ai exclu du corpus les sources non pertinentes, mentionnant simplement les indicateurs au détour de certains paragraphes sans proposer d'analyse ou de réflexion sur la mesure de la qualité (une vingtaine de sources), quelques sources à l'accès particulièrement difficile (une petite dizaine de documents ne faisant dès lors pas véritablement partie des « éléments publics » sur la mesure de la qualité), ainsi que les comptes rendus succincts de présentations orales. Par la suite, j'ai également décidé d'exclure les rares sources de la spécialité cardiologique, pour laquelle le recueil avait été lacunaire, pour me concentrer sur le cas de l'anesthésie-réanimation, mieux documenté.

Certaines sources n'ont pas pu être consultées dans leur intégralité : je me suis alors contenté d'une analyse de leurs titres, de leurs auteurs et de leurs résumés. D'autres sources non disponibles dans le domaine public ont pu être récupérées à la suite d'un entretien réalisé avec leur auteur.

3) Tableau d'ensemble du corpus de sources

Le travail d'analyse a finalement porté sur 171 des 191 sources retenues initialement. La plus ancienne source traitée date de 1995, mais la plupart ont été publiées au cours des années 2000. Si l'exercice de leur regroupement « par types » n'a rien d'évident, il est possible de donner un tableau d'ensemble du corpus par rapport aux supports d'origine et aux types d'auteurs.

Une majorité de ces documents peuvent être qualifiés comme des « sources institutionnelles » : rapports parlementaires ou administratifs, rapports d'experts commandités par les institutions, articles dans des revues administratives, résultats de groupes de travail sur les indicateurs, ou encore documentation mise en ligne sur les sites institutionnels. Un nombre important de documents peuvent être regroupés dans la catégorie de « sources en gestion » : publications dans des revues académiques de gestion ou d'économie de la santé, ou dans des revues de « management » du secteur sanitaire à destination des directeurs d'établissement ou des acteurs hospitaliers impliqués dans la gestion de la qualité, ou la gestion des risques. D'autres documents sont issus de revues académiques en « épidémiologie ou santé publique », ancrés dans la thématique de l'évaluation médicale, qui proposent des réflexions sur le développement et l'usage de dispositifs de mesure de la qualité. Quelques sources appartiennent aux sciences sociales. Du côté des « sources médicales », si quelques documents sont issus de revues médicales généralistes, la plupart des sources proviennent de revues de la spécialité anesthésie/réanimation. Enfin, une poignée de documents sont issus de *think-tanks* ou de réflexions menées par des organisations internationales.

2. Une analyse qualitative du corpus : rédaction d'une bibliographie commentée

Cette section présente succinctement le travail d'analyse qualitative que j'ai mené. La comparaison au sein du projet EVALECO entre les cas français, anglais et allemand a été organisée par l'utilisation d'une grille d'analyse commune, qui a permis de rédiger une bibliographie commentée consacrée au cas français.

1) La mobilisation d'une grille d'analyse comparative pour analyser les sources

L'analyse des documents inclus dans la revue bibliographique sur les indicateurs qualité a essentiellement été entamée à partir de quatre thématiques. L'explicitation des thématiques a visé à « guider » quelque peu le travail bibliographique, en mettant, d'une part, l'accent sur les dynamiques institutionnelles et politiques autour des indicateurs, d'autre part, sur les formes d'expertise et l'usage

des savoirs économiques et gestionnaires dans leur élaboration et leurs usages. La grille d'analyse utilisée pour qualifier les différentes sources est restituée ci-dessous.

Encadré 25. Grille d'analyse des sources écrites

1. Le type de document

Il s'agit d'identifier le type de document (article de recherche, réflexion théorique sur la mesure de la qualité, discours officiel sur les bonnes pratiques des indicateurs....) :

- Revue (académique/professionnelle), rapports, littérature grise... : les destinataires du document
- Les auteurs (académiques, institutionnels, professionnels « de terrain », consultants/experts....)
- L'objet de l'article (théorie, méthode, expériences, résultats, synthèse...)
- Terrains d'analyse : régional, national, international ; types d'établissements ; périodes considérées...

2. Les questions posées à propos des IQ ?

Essayer d'identifier les discours sur les IQ en identifiant les manières de questionner les indicateurs dans les documents (liste non exhaustive, à reformuler en fonction des docs) :

- Les objectifs des indicateurs (qualité, efficience...)
- Les méthodes d'élaboration des indicateurs (la métrologie des IQ, la participation des « professionnels de terrain », la place des agences dans l'élaboration des indicateurs)
- Les conditions de mise en œuvre dans les situations concrètes
- Les usages des IQ (internes aux organisations / externes (incitatifs financiers, benchmarking...)
- L'articulation des IQ avec des outils de gestion ou autres dispositifs : certification/accréditation, mode de financement des hôpitaux, participation des usagers, évaluation des pratiques professionnelles
- L'évaluation de l'efficacité des indicateurs/ de leurs effets (sur la qualité des soins, sur les coûts, sur les choix des patients, sur l'activité, le changement organisationnel, etc.
- L'analyse des résultats des indicateurs : quels sont les résultats et quelle interprétation en est fournie

3. La mobilisation des savoirs économiques et gestionnaires

Quelles références disciplinaires sont mobilisées (cf. biblio de l'article) :

- Cadres théoriques économiques ?
- Cadres théoriques de gestion ?
- Inscription dans une veine ou une tradition de recherche ?
- Quelles méthodes sont mobilisées ?

4. La référence à des acteurs collectifs identifiés

- Quelle place des acteurs institutionnels (ministères ou agences, instances nationales ou autres...)
- Quelle place des acteurs professionnels ?
- Est-il fait référence à des acteurs non institutionnels, chargés de l'expertise ?
- Quelle légitimité est accordée aux acteurs institutionnels, aux agences et à leurs travaux ?

Cette grille a été mobilisée très librement dans l'analyse des différentes sources : lecture du résumé pour certaines d'entre elles, lecture rapide pour d'autres, lecture exhaustive pour celles qui se sont révélées les plus centrales au cours de l'enquête.

2) La bibliographie commentée sur les IQ en France

J'ai regroupé les sources à travers un croisement des aspects thématiques et chronologiques, qui m'a permis de rédiger un document de 120 pages dont voici le sommaire.

Encadré 26. Sommaire de la bibliographie consacrée aux IQ en France

INTRODUCTION GENERALE

1. Les outils de mesure de la qualité dans leur contexte

1.1 De grandes évolutions des systèmes de santé favorisent l'émergence d'un nouvel « impératif »

- 1.1.1 Un impératif promu par les organisations internationales
- 1.1.2 Maîtrise des dépenses et de l'essor de « l'impératif qualité »

1.2 La mesure de la qualité dans le paysage institutionnel français

- 1.2.1 Le paysage institutionnel autour de la qualité : quelques repères
- 1.2.2 La genèse des réflexions sur les IQ : une réponse de la part d'institutions sanitaires sous pression

Conclusion de la première partie

2. La qualité et sa mesure : un champ de réflexion autour de questions transversales

2.1 Les « grands objectifs » des indicateurs

- 2.1.1 Des indicateurs au service de la démocratie sanitaire ?
- 2.1.2 Des indicateurs pour améliorer la qualité et la sécurité des soins ?
- 2.1.3 Des indicateurs pour rationaliser le mode de financement des établissements ?

2.2 Les débats méthodologiques récurrents

- 2.2.1 Comment mesurer une qualité pluridimensionnelle ? Les types d'indicateurs
- 2.2.2 Comment définir et construire de « bons » indicateurs ? Les débats « métrologiques »

Conclusion de la seconde partie

3. Types d'expertise et usages institutionnels des indicateurs qualité

3.1 Une expertise à dominante « institutionnelle »

- 3.1.1 Le tableau de bord des infections nosocomiales du Ministère
- 3.1.2 L'expertise ambiguë de « COMPAQH » : un projet scientifique fortement lié aux tutelles

3.2 Une expertise hybride, plus en marge des institutions

- 3.2.1 Le projet « PATH »
- 3.2.2 Les travaux du CCECQA autour des indicateurs
- 3.2.3 Le projet PSI des Hôpitaux Civils de Lyon

3.3 Les démarches des professionnels et de leurs sociétés savantes : le cas de l'anesthésie-réanimation

- 3.3.1 Les travaux autonomes de la spécialité
- 3.3.2. Le positionnement de la spécialité par rapport aux travaux institutionnels

Conclusion de la troisième partie

4. Bilan critique du déploiement d'indicateurs qualité

CONCLUSION GENERALE

3. Une analyse quantitative du corpus : méthodologie de la bibliométrie

J'ai complété cette analyse qualitative par un travail bibliométrique, qui a eu pour ambition essentielle d'objectiver et d'illustrer certains résultats de la recherche qualitative. Ces éléments de bibliométrie sont principalement utilisés dans le chapitre 3.

1) Méthodologie du codage bibliométrique

A partir d'une lecture du contenu ou de l'abstract de chacun des 171 documents, j'ai recueilli dans un tableur, pour chaque source, les informations factuelles suivantes : titre, année de publication, espace de publication, auteur(s). J'ai ensuite codé quelques variables permettant d'analyser les sources : « profil des auteurs », « type d'espace de publication », et « principal type de savoir » mobilisé. Si ce type de catégorisation est évidemment réducteur de la complexité de chaque source, il permet de saisir la composition du corpus au cours du temps, et d'interroger les différentes caractéristiques du corpus. Le travail « qualitatif » mené auparavant m'a par ailleurs permis d'exercer un contrôle relativement fin des opérations de codage, favorisé par une familiarité avec l'ensemble des sources et leur contenu.

2) Codage du profil des auteurs

En ce qui concerne la variable « profil des auteurs », j'ai distingué les « chercheurs » (caractérisés surtout par leur appartenance à l'univers scientifique ou académique), les « experts institutionnels » (qui publient en tant que représentants d'une institution de régulation, comme le ministère, la HAS ou l'Assurance maladie), les « médecins » (caractérisés surtout par un ancrage dans la pratique clinique en établissement), les « gestionnaires d'établissements » (caractérisés par un poste de direction ou d'administration dans un hôpital ou une clinique). Les quelques sources pour lesquelles le profil de l'auteur correspondait mal à ces catégories (sociétés de conseils, représentants des patients) ont été codées comme « autres ». Dans le cas des publications à plusieurs auteurs ayant des profils différents, j'ai consulté la source avant de décider de la rattacher à l'un ou l'autre de ces types.

3) Codage du type d'espace de publication

J'ai aussi codé les différents « types d'espace de publication » du corpus. J'ai distingué un « espace institutionnel » (articles dans des revues administratives, rapports commandés par les institutions publiques), un « espace scientifique » (articles dans des revues scientifiques en sciences de gestion, en santé publique ou sciences humaines, rapports de recherche), un « espace médical » (revues médicales professionnelles), un « espace de la gestion hospitalière » (revues professionnelles

des gestionnaires d'établissement). J'ai regroupé les quelques sources publiées dans des espaces correspondant mal à ces catégories (*think-tanks* notamment) sous l'étiquette « autres ».

4) Codage du principal type de savoir

Le codage du « principal type de savoir » s'est révélé être l'opération la plus délicate, dans la mesure où de nombreuses sources agencent une diversité de savoirs. J'ai catégorisé comme « sciences de gestion » les sources mobilisant essentiellement des cadres de raisonnement et des savoirs empruntés aux sciences de gestion ou à l'économie de la santé ; comme « épidémiologie/santé publique » les sources mettant au premier plan ces savoirs, comme « réflexions institutionnelles » les sources qui s'intéressent essentiellement aux IQ dans le cadre de réflexions plus générales concernant la régulation du secteur hospitalier ; comme « savoirs médicaux » les sources qui développent des savoirs plus proches de la pratique clinique que de l'épidémiologie et de la santé publique. Il a parfois été nécessaire de procéder à une étude approfondie des documents avant de pouvoir catégoriser leur analyse à l'un ou l'autre de ces principaux types de savoir.

ANNEXE 4 : Méthodologie de l'enquête dans les établissements

Pour étudier la généralisation des indicateurs de qualité à l'échelle locale, j'ai mené l'enquête dans quatre établissements de santé, au cours de deux phases de terrain successives. Cette annexe précise les conditions de réalisation de ces enquêtes et établit le tableau des données collectées.

1. Méthodologie des enquêtes locales

1) Sélection des établissements et conditions d'accès aux terrains

L'enquête au CH du Terroir et à la Clinique des Erables a été menée au printemps 2009 dans le cadre de ma participation au projet de recherche collectif IMGENI (voir annexe 1). Il s'agissait alors de réaliser des monographies à partir d'une enquête *in situ* à l'intérieur de quatre établissements de la région Aquitaine. A l'issue de la phase exploratoire du projet, quelques établissements ont été sélectionnés en fonction de deux critères méthodologiques : d'une part, il s'agissait de choisir des établissements plutôt « typiques » de la situation régionale ; d'autre part, il s'agissait de choisir des établissements qui pourraient être comparés dans le cadre de l'enquête, afin de favoriser l'identification d'éventuels traits particuliers lors des terrains. Le choix a été fait au sein du projet IMGENI de ne pas enquêter auprès des « très petits » établissements (petites cliniques ou petits hôpitaux ruraux) ni auprès des « très gros » établissements (comme les CHU ou certains hôpitaux parisiens), mais plutôt de choisir quatre établissements de taille moyenne (de 100 à 300 lits) du secteur MCO, en panachant leurs statuts, de manière à favoriser le travail comparatif. Deux établissements de statut privé et deux établissements de statut public ont alors été sélectionnés. J'étais chargé de la réalisation de deux de ces quatre monographies, à partir d'un terrain réalisé en tandem avec Pierre Vendassi. Contactés par l'intermédiaire de l'équipe du CCECQA, les directeurs du CH du Terroir et de la Clinique des Erables ont accepté sans problème notre présence sur site pour trois semaines d'investigations. Dans les deux cas, nous avons été accueillis par les équipes en charge de la politique qualité, qui ont mis à notre disposition un espace où nous installer dans l'intervalle de temps entre les différents entretiens et observations. Après avoir établi des relations de confiance avec les gestionnaires et les experts qualité, nous avons pu mener très librement nos investigations dans les différents services.

Deux ans plus tard, au printemps 2011, j'ai décidé de compléter ces deux enquêtes réalisées en Aquitaine par l'étude de deux autres établissements de taille et de type comparable, afin de mettre résultats de ces deux enquêtes à l'épreuve de l'étude d'établissements situés dans une région moins précocement engagée dans la généralisation des indicateurs qualité. J'ai choisi Rhône Alpes pour deux raisons. D'une part, quelques entretiens réalisés en 2010 dans le cadre de l'enquête institutionnelle

m'avaient confirmé que les acteurs régionaux de cette région étaient moins engagés dans l'évaluation de la qualité que leurs homologues aquitains. D'autre part, il m'était possible de m'appuyer sur l'aide d'un contact à l'IFROSS susceptible de me mettre en contact avec des directeurs d'établissements. Par son intermédiaire, j'ai pu entrer en contact avec le directeur de la Clinique Mont d'Or, qui a accepté le principe de ma présence sur site pendant une semaine au cours du mois de mai 2011. J'ai été accueilli dans l'espace administratif de la clinique. Après avoir rencontré les différents membres de l'équipe qualité, j'ai pu enquêter librement dans l'établissement. Après une « fausse piste » infructueuse avec un autre établissement privé d'intérêt collectif de la région, le directeur de Mont d'Or m'a aidé à prendre contact avec la directrice de l'Hôpital Saint Pierre, que j'ai dû convaincre de l'intérêt et surtout du caractère peu coûteux de mon enquête dans un contexte difficile. L'accord m'a finalement été donné pour une présence sur site d'une semaine. J'ai été accueilli au sein de l'étage administratif, mais été laissé très libre de mes investigations auprès des professionnels des différents services.

2) Tableau comparatif des quatre établissements d'enquête

Ces différentes enquêtes m'ont permis de mener mes investigations au sein de quatre établissements comparables mais caractérisés par des différences de statut, de contextes et d'enjeux.

Tableau 5. Présentation synthétique des quatre établissements d'enquête

| | Centre Hospitalier du Terroir | Clinique des Erables | Hôpital Saint Pierre | Clinique Mont d'Or |
|--------------------------|--|--|--|--|
| Région | Aquitaine | | Rhône-Alpes | |
| Taille | 170 places MCO | 110 places MCO | 210 places MCO | 200 places MCO |
| Situation Socio-spatiale | Petite ville Périphérique Issu de la fusion de trois hôpitaux locaux Patientèle « captive » | Bordeaux Centre-ville Beaux quartiers Concurrence importante | Lyon Centre-ville Beaux quartiers Concurrence importante | Banlieue privilégiée de Lyon Concurrence restreinte |
| Patientèle | Diversifiée, dont personnes âgées dépendantes | Diversifiée, dont patientèle « haut de gamme » | Diversifiée, dont patientèle précarisée en centre-ville. | Diversifiée, dont patientèle « haut de gamme » |
| Spécialisation | Urgences et gériatrie | Chirurgie et cancérologie | Urgences et grands brûlés | Chirurgie et gynéco-obstétrique (maternité) |
| Situation économique | Léger déficit, attentes de difficultés liées au passage à 100% de la T2A | Après une période de croissance régulière, léger déficit inquiétant | Etablissement historiquement sur-doté. Déficit majeur, plans sociaux récurrents. | Croissance sur les dernières années, en ralentissement. |
| Enjeu-clé | Garantir l'activité pour garantir la pérennité des services et des emplois | Garantir une prospérité et une indépendance menacées notamment par l'évolution tarifaire | Augmenter l'activité avec moins de personnel, afin de redresser un déficit ancien et profond | Diversifier l'activité, négocier les urgences pédiatriques pour relancer une croissance économique en ralentissement |

3) Constitution des échantillons et conduite des enquêtes

Dans la mesure où il s'est révélé plus facile de négocier une présence courte et « intense » sur place qu'une enquête de plus longue durée, je me suis efforcé de multiplier les entretiens pour rencontrer un maximum d'acteurs différents, en m'adaptant au contexte de chaque établissement. L'échantillon d'interviewés a été construit progressivement et de manière pragmatique, au gré de l'immersion sur le terrain et des opportunités et des contraintes rencontrées. Le même procédé général a toutefois été utilisé dans les quatre cas : après des investigations approfondies des activités de l'équipe en charge de la politique qualité de l'établissement, qui a aussi permis d'établir des relations de confiance avec les acteurs qui m'ont accueilli au quotidien, j'ai élargi progressivement l'enquête auprès des autres acteurs de la clinique : des gestionnaires d'établissement, des médecins, des cadres, des infirmiers, ainsi qu'un nombre plus restreint d'aides-soignants ou de pharmaciens. Je me suis attaché à inclure dans ces échantillons une variété de positionnements par rapport à la « politique qualité ». Les experts qualité ont été d'une aide précieuse pour identifier les acteurs les plus actifs dans la démarche locale, mais aussi certains des professionnels réputés pour être réticents par rapport à cette dynamique. Afin d'éviter le biais d'une constitution d'échantillons d'interviewés intégralement inclus dans le « réseau » des experts qualité, j'ai systématiquement contacté des personnes de manière indépendante et profité de mes déplacements dans l'établissement pour présenter l'enquête aux personnes croisées dans les services ou à la sortie des entretiens. Des entretiens avec des médecins et des infirmières ont pu être improvisés de cette manière. Dans deux des établissements, il a été nécessaire d'affirmer fortement le positionnement de « neutralité » de l'enquêteur sociologique par rapport à la démarche qualité¹. Les clarifications d'usage faites, j'ai été très bien reçu par les différents acteurs rencontrés, quel que soit leur positionnement par rapport à l'évaluation de la qualité.

Les entretiens semi-directifs ont tous été réalisés sur le lieu de travail des interviewés, qu'il s'agisse des bureaux des gestionnaires, des cadres ou des médecins, des salles de transmission des services ou, plus rarement, des pièces faisant office de « sas » à l'entrée du bloc opératoire, où certains chirurgiens m'avaient donné rendez-vous. Au cours des entretiens, les acteurs ont été interrogés sur leurs perceptions de la politique qualité en général et des dispositifs de mesure en particulier, et sur la manière dont ils les mobilisent (ou non) dans leurs activités. Une attention particulière a été accordée aux perceptions de la situation des établissements, aux activités professionnelles et aux relations à l'intérieur des organisations. Ces différentes enquêtes « locales » ont été plus intensives que l'enquête institutionnelle : elles ont consisté dans la réalisation d'un grand nombre d'entretiens dans un laps de temps réduit, complétés par des observations de réunions et par la collecte opportuniste de documents

¹ Tout particulièrement à la Clinique des Erables, où nous avons enquêté en tandem avec Pierre Vendassi : le jour de notre arrivée, nous nous sommes vus remettre un badge à notre nom et portant la mention « auditeur ». Il nous a fallu clarifier notre statut d'enquêteur auprès du service qualité. La posture de « l'étudiant en sociologie » s'est révélée très utile pour s'émanciper d'une identification aux acteurs de la qualité.

à l'intérieur des différents établissements. Par conséquent, les entretiens du corpus « local » sont souvent plus courts que ceux du corpus « institutionnel » (un peu moins d'1h contre 1h20). Dans le cas des médecins, des chirurgiens et des infirmières, certains entretiens ont été courts en raison d'agendas particulièrement chargés ou perturbés. Tous les entretiens ont été enregistrés et retranscrits intégralement. J'ai aussi tenu un « journal de terrain » lors des semaines passées à l'intérieur des quatre établissements.

4) Traitement des données et modalités de mobilisation des entretiens

Tous les entretiens ont fait l'objet d'une analyse approfondie. Les enquêtes réalisées au printemps 2009 au CH du Terroir et à la Clinique des Erables ont donné lieu à la rédaction de deux volumineuses monographies comparatives. Les enquêtes réalisées au printemps 2011 à l'Hôpital Saint Pierre et à la Clinique Mont d'Or ont également été analysées de manière comparative dans la construction des chapitres de la troisième partie de la thèse, mais sans donner lieu à la rédaction de monographies spécifiques. Le travail d'analyse a très largement consisté à repérer les similitudes et les différences entre les quatre cas, de manière à identifier les dynamiques génériques à l'œuvre sans perdre de vue les déclinaisons locales et les spécificités des différents terrains d'enquête. La thèse livre les principaux résultats de ce travail analytique, sans développer tous les aspects de la comparaison entre les terrains hospitaliers et sans reprendre l'intégralité des résultats spécifiques à chacun des cas.

Pour garantir leur anonymat, les quatre établissements sont désignés dans toute la thèse par un nom fictif, choisi pour être illustratif de chacun des cas. L'anonymat des interviewés est également garanti dans les extraits de citation mobilisés dans toute la troisième partie de la thèse pour illustrer les résultats de l'analyse du corpus d'entretien. J'ai codé les entretiens du corpus « local » de la même manière que les entretiens du corpus « institutionnel » : pour chaque citation, j'indique quelques caractéristiques pertinentes de l'interviewé, tout en renvoyant le lecteur qui souhaiterait retrouver des informations plus complètes ou faire le lien entre plusieurs citations aux tableaux qui suivent dans cette annexe.

2. Tableaux des données empiriques collectées

Cette section présente successivement le tableau d'ensemble puis le détail des données empiriques collectées dans les quatre établissements de santé.

1) Tableau d'ensemble des entretiens

Le tableau suivant synthétise le nombre d'entretiens réalisés dans chaque établissement et pour chaque grande catégorie d'acteurs. Lorsque le nombre d'entretiens diffère du nombre d'interviewés, les deux informations sont présentées côte à côte (nombre d'entretiens / nombre d'interviewés).

Tableau 6. Présentation synthétique des entretiens réalisés dans les quatre établissements

| Nb. d'entretiens / nb. d'interviewés | Centre Hospitalier du Terroir | Clinique des Erables | Hôpital Saint Pierre | Clinique Mont d'Or | Total |
|---------------------------------------|-------------------------------|----------------------|----------------------|--------------------|----------------|
| Directeurs et gestionnaires | 6 | 4 | 3 | 3 | 16 |
| Experts qualité | 5 / 3 | 7 / 4 | 4 / 2 | 4 / 3 | 19 / 12 |
| Médecins | 6 | 6 | 11 | 4 | 27 |
| Cadres de santé ou équivalents | 5 | 1 | 3 | 3 | 12 |
| Personnels infirmiers | 4 / 5 | 5 / 7 | 2 | 1 / 2 | 12 / 16 |
| Autres | 2 / 3 | 2 / 3 | 0 | 2 | 6 / 8 |
| TOTAL | 28 / 28 | 24 / 25 | 23 / 21 | 17 / 17 | 92 / 91 |

On observe que plusieurs entretiens ont souvent été réalisés avec les mêmes interviewés des services et cellules qualité, placés au cœur de la politique qualité de leurs établissements. Pour des raisons liées aux conditions d'enquête (en salle de transmission, lors des temps morts dans les services), l'enquête auprès des personnels infirmiers a souvent impliqué de mener des entretiens collectifs avec un ou deux interviewés.

2) Données collectées au Centre Hospitalier du Terroir

Tous les entretiens ont été réalisés sur site entre le 30/03/2009 et le 17/04/2009, à l'exception d'un entretien « épilogue » réalisé le 23 mars 2012 (T-9). Les initiales permettent de désigner les sociologues qui les ont réalisés : Pierre Vendassi (PV) et moi-même (HB).

Tableau 7. Liste des entretiens au CH du Terroir

| Code | Interviewé(s) | | | Contexte de l'entretien | |
|------------|-----------------|--------|---|-------------------------|-------------|
| | Position | Nombre | Principales fonctions | Durée | Réalisation |
| T-1 | Direction | 1 | Directeur | 1h30 | HB |
| T-2 | | 1 | Directrice ressources humaines, analyse de gestion, qualité, communication, gestion des risques | 1h30 | PV et HB |
| T-3 | | 1 | Directrice des soins, cadre de santé de formation | 1h15 | PV et HB |
| T-4 | | 1 | Biostatisticienne au DIM | 1h | HB |
| T-5 | | 1 | Contrôleur de gestion, commercial de formation | 1h | PV et HB |
| T-6 | | 1 | Directrice adjointe de la clinique hébergée au Terroir | 1h20 | PV et HB |
| T-7 | Experts qualité | 1 | Médecin hygiéniste Responsable EOH et responsable gestion des risques | 1h | PV et HB |
| T-8 | | | | 1h | HB |
| T-9 (2012) | | | | 1h25 | HB |
| T-10 | | 1 | Responsable qualité (parcours de consultant qualité) | 1h20 | PV et HB |
| T-11 | | 1 | Infirmière hygiéniste EOH et cadre de santé | 2h | HB |
| T-12 | Médecins | 1 | Médecin pédiatre, service pédiatrie | 0h15 | HB |
| T-13 | | 1 | Médecin gériatre, chef de service et de pôle gériatrie | 0h25 | PV |
| T-14 | | 1 | Médecin biologiste au laboratoire Présidente du CLIN | 0h45 | PV |
| T-15 | | 1 | Médecin cardiologue, chef de service Cardio/pneumo | 0h50 | PV |
| T-16 | | 1 | Médecin assistant Service/Pôle urgences | 0h45 | HB |
| T-17 | | 1 | MAR Chef de service Pôle Anesthésie | 0h50 | PV et HB |
| T-18 | Cadres | 1 | Cadre Pôle Anesthésie | 1h | PV |
| T-19 | | 1 | FFC équipe de nuit | 1h15 | HB |
| T-20 | | 1 | FFC Médecine Interne | 1h25 | HB |
| T-21 | | 1 | FFC Urgences | 0h40 | PV |
| T-22 | | 1 | FFC Cardio/pneumo | 1h | PV |
| T-23 | Infirmiers | 1 | IDE Pôle anesthésie | 0h30 | PV |
| T-24 | | 2 | - Infirmière en établissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) - Secrétaire en charge de l'accueil des patients Toutes deux représentantes du personnel CGT | 1h | PV et HB |
| T-25 | | 1 | IDE Service/pôle Urgences (A) | 0h20 | PV |
| T-26 | | 1 | IDE Service/pôle Urgences (B) | 0h20 | PV |
| T-27 | Autres | 2 | - Pharmacienne et responsable de stérilisation, - Infirmier de bloc opératoire (IBODE) | 1h10 | PV et HB |
| T-28 | | 1 | Secrétaire médicale Gériatrie | 1h45 | PV et HB |

Tableau 8. Liste des observations au CH du Terroir

| Code | Événement observé | Contexte de l'observation | |
|------|--|---------------------------|-------------|
| | | Durée | Réalisation |
| T-29 | Réunion de travail de la cellule qualité gestion des risques | 1h | HB |
| T-30 | Réunion de gestion des risques professionnels | 1h | PV et HB |
| T-31 | Réunion du groupe de travail certification consacré au dossier patient | 1h | HB |
| T-32 | Discussion avec le médecin hygiéniste concernant la présentation des IQ en CME | 0h20 | PV et HB |

Encadré 27. Documentation recueillie au CH du Terroir

- Organigramme de l'hôpital
- Document de la première démarche de mesure de qualité dans l'hôpital
- Copies d'écran et statistiques d'utilisation du logiciel documentaire
- Un exemplaire de dossier patient
- Graphiques de présentation des indicateurs utilisés par le médecin hygiéniste en CME

3) Données collectées à la Clinique des Erables

Tous les entretiens ont été réalisés sur site entre le 27/04/2009 et le 15/05/2009, à l'exception d'un entretien « épilogue » réalisé le 21 mars 2012 (E-7). Les initiales permettent de désigner les sociologues qui les ont réalisés : Pierre Vendassi (PV) et moi-même (HB).

Tableau 9. Liste des entretiens à la Clinique des Erables

| Code | Interviewé(s) | | | Contexte de l'entretien | |
|------------|-----------------|---|--|-------------------------|-------------|
| | Position | Nombre | Principales fonctions | Durée | Réalisation |
| E-1 | Direction | 1 | Directeur, formé à la gestion hôtelière | 1h | PV et HB |
| E-2 | | 1 | Directrice économique | 1h | HB |
| E-3 | | 1 | Adjointe de direction | 0h30 | PV |
| E-4 | | 1 | Directrice des soins infirmiers (cadre de santé diplômée) | 0h50 | PV |
| E-5 | Experts qualité | 1 | Directrice opérations, qualité, gestion des risques, travaux, cadre de santé diplômée | 1h30 | HB |
| E-6 | | | | 0h30 | HB |
| E-7 (2012) | | | | 1h | HB |
| E-8 | | 1 | Responsable qualité, formée au management par la qualité | 1h | PV et HB |
| E-9 | | | | 1h | HB |
| E-10 | | | | 1h | PV et HB |
| E-11 | 1 | Informaticien, chargé du projet dossier patient informatisé | 1h | HB | |
| E-12 | Médecins | 1 | MAR, membre du directoire, président du CLUD | 0h30 | PV |
| E-13 | | 1 | Chirurgien orthopédiste | 1h | PV |
| E-14 | | 1 | Gastro-entérologue, Président de CME | 0h20 | PV |
| E-15 | | 1 | Oncologue, président du Réseau Régional de Cancérologie | 0h35 | HB |
| E-16 | | 1 | Médecin cancérologue, coordinateur du Réseau Régional de Cancérologie | 0h20 | PV |
| E-17 | | 1 | Jeune médecin et chirurgien gynécologue | 0h25 | PV |
| E-18 | Cadres | 1 | Cadre coordinateur des soins (cadre de santé diplômé) | 1h | PV |
| E-19 | Infirmiers | 1 | Infirmier hygiéniste, infirmier de bloc opératoire (formation IBODE) | 0h25 | PV |
| E-20 | | 1 | Jeune IDE, service à dominante cancérologie | 0h20 | HB |
| E-21 | | 1 | IDE expérimentée, service à dominante cancérologie | 0h40 | HB |
| E-22 | | 2 | - Une jeune IDE stagiaire - Une IDE expérimentée Service à dominante chirurgie ambulatoire | 0h30 | HB |
| E-23 | | 2 | Deux IDE d'un service à dominante chirurgie générale | 0h20 | HB |
| E-24 | | Autres | 1 | Pharmacienne | 1h20 |
| E-25 | 2 | | Deux aides-soignantes, service à dominante « chirurgie orthopédique » | 0h35 | HB |

Tableau 10. Liste des observations à la Clinique des Erables

| Code | Événement observé | Contexte de l'observation | |
|------|---|---------------------------|-------------|
| | | Durée | Réalisation |
| E-26 | Observation de la première rencontre avec le directeur | 0h30 | PV et HB |
| E-27 | Réunion du Comité Exécutif de la clinique | 1h | HB |
| E-28 | Réunion interne du service qualité | 0h45 | HB |
| E-29 | Réunion du groupe qualité | 0h30 | PV |
| E-30 | Audit chimio-liste réalisé par l'assistante qualité | 0h30 | HB |
| E-31 | Réunion du comité de pilotage développement durable | 0h30 | HB |
| E-32 | Réunion d'avancement du projet d'informatisation du dossier patient » | 0h30 | PV |
| E-33 | Réunion sur le système d'information hospitalière | 0h30 | PV |

Encadré 28. Documentation recueillie à la Clinique des Erables

- Livret d'accueil du patient
- Tableau de bord des indicateurs utilisés par le service qualité
- Liste des différents comités qualité
- Copies d'écran du logiciel de gestion documentaire et de résultats d'audits
- Un exemple de « fiche indicateurs » utilisée par le service qualité
- Plusieurs exemplaires de la « gazette qualité » communiquée aux professionnels

4) Données collectées à l'Hôpital Saint Pierre

Tous les entretiens ont été réalisés sur site entre le 27/06/2011 et le 01/07/2011.

Tableau 11. Liste des entretiens à l'Hôpital Saint Pierre

| Code | Interviewé(s) | | | Contexte de l'entretien | |
|-------|-----------------|--------|---|-------------------------|--------------------------|
| | Position | Nombre | Principales fonctions | Durée | Réalisation |
| SP-1 | Direction | 1 | Directrice générale | 1h35 | HB |
| SP-2 | | 1 | Directeur technique | 0h55 | HB |
| SP-3 | | 1 | Directeur financier | 1h10 | HB |
| SP-4 | Experts qualité | 1 | Attachée de direction et responsable qualité | 1h | HB |
| SP-5 | | | | 1h25 | HB |
| SP-6 | | | | 0h25 | HB |
| SP-7 | | | | 1 | Gestionnaire des risques |
| SP-8 | Médecins | 1 | Médecin anesthésiste réanimateur, unité de réanimation Depuis 20 ans dans la clinique | 1h20 | HB |
| SP-9 | | 1 | Médecin DIM, ex-urgentiste | 1h | HB |
| SP-10 | | 1 | Médecin anesthésiste réanimateur et président de CME | 0h35 | HB |
| SP-11 | | 1 | Chirurgien orthopédique, chef de service, membre de la CME et responsable de la commission des admissions opératoires | 0h40 | HB |
| SP-12 | | 1 | Médecin urgentiste, médiateurs patients au sein de la CRUPEQ, ancien vice-président de CME | 0h50 | HB |
| SP-13 | | 1 | Médecin interniste récemment arrivé | 0h30 | HB |
| SP-14 | | 1 | Médecin anesthésiste réanimateur, unité de réanimation, membre de la CME, dans l'établissement depuis 21 ans | 1h | HB |
| SP-15 | | 1 | Neurologue, ancien président de CME | 1h | HB |
| SP-16 | | 1 | Médecin gastro-entérologue, spécialisée en cancérologie, adjointe du service de gastro-entérologie | 0h30 | HB |
| SP-17 | | 1 | Cardiologue, responsable de l'unité de « soins intensifs », responsable du « pôle » de médecine | 1h | HB |
| SP-18 | | 1 | Chirurgien urologue, chef de service, responsable du pôle « chirurgie obstétrique et anesthésie » | 1h25 | HB |
| SP-19 | Cadres | 1 | Cadre de santé, service de chirurgie | 0h55 | HB |
| SP-20 | | 1 | Cadre de santé et responsable de bloc opératoire | 0h30 | HB |
| SP-21 | | 1 | Cadre de santé, service de cancérologie | 1h | HB |
| SP-22 | Infirmiers | 1 | Jeune IDE, service de médecine interne | 0h25 | HB |
| SP-23 | | 1 | IDE expérimentée, service de cancérologie | 0h35 | HB |

Encadré 29. Documentation recueillie à l'Hôpital Saint Pierre

- Fichier tableur contenant le projet du tableau de bord d'indicateurs de la cellule qualité
- Diverses présentations sur les indicateurs réalisées par les experts qualité
- Rapports de certification

5) Données collectées à la Clinique Mont d'Or

Tous les entretiens ont été réalisés sur site entre le 09/05/2011 et le 13/05/2011.

Tableau 12. Liste des entretiens à la Clinique Mont d'Or

| Code | Interviewé(s) | | | Contexte de l'entretien | |
|-------|-----------------|--------|---|-------------------------|-------------|
| | Position | Nombre | Principales fonctions | Durée | Réalisation |
| MO-1 | Direction | 1 | Directeur général | 1h30 | HB |
| MO-2 | | 1 | Contrôleuse de gestion et responsable du parc informatique | 0h30 | HB |
| MO-3 | | 1 | Directrice des ressources humaines | 1h | HB |
| MO-4 | Experts qualité | 1 | Directrice des soins infirmiers (parcours de cadre de soin) | 1h10 | HB |
| MO-5 | | 1 | Responsable assurance qualité de la clinique et cadre de santé dans un service de chirurgie | 0h55 | HB |
| MO-6 | | | | 1h20 | HB |
| MO-7 | | 1 | Assistante documentaire qualité (formée à la qualité industrielle) | 0h40 | HB |
| MO-8 | Médecins | 1 | Obstétricien présent dans la clinique depuis 30 ans, président du Directoire, actif dans le réseau régional de maternités, participe au comité d'éthique de la clinique | 0h55 | HB |
| MO-9 | | 1 | Médecin anesthésiste réanimateur et membre de la cellule qualité | 0h25 | HB |
| MO-10 | | 1 | Chirurgien orthopédique, spécialisé en pédiatrie, parcours dans le public avant installation en libéral (depuis une dizaine d'années) | 0h50 | HB |
| MO-11 | | 1 | Chirurgien gastro-entérologue, ancien président de CME, membre du conseil d'administration et du directoire | 1h | HB |
| MO-12 | Cadres | 1 | Cadre de santé, service de maternité (parcours de sage-femme) | 0h45 | HB |
| MO-13 | | 1 | Cadre de santé, service de chirurgie (parcours d'IDE) | 0h50 | HB |
| MO-14 | | 1 | Cadre de santé au bloc opératoire (parcours d'IDE anesthésiste), participe au CLIN | 1h10 | HB |
| MO-15 | Infirmiers | 2 | Deux IDE, service de chirurgie | 1h | HB |
| MO-16 | Autres | 1 | Pharmacienne adjointe | 1h | HB |
| MO-17 | | 1 | Responsable biomédical (parcours d'infirmier de bloc opératoire) | 1h15 | HB |

Tableau 13. Liste des observations à la Clinique Mont d'Or

| Code | Événement observé | Contexte de l'observation | |
|-------|---|---------------------------|-------------|
| | | Durée | Réalisation |
| MO-18 | Présentation des résultats d'un audit par l'infirmière hygiéniste auprès des sages-femmes de la maternité, en présence d'une experte du CCLIN | 1h | HB |

Encadré 30. Documentation recueillie à la Clinique Mont d'Or

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Exemple de livret patient - Photocopie des deux classeurs d'indicateurs - Documentation informatique sous le contrôle de la responsable qualité - Bulletin « information cellule qualité » de 2005 à 2011 (environ 40 numéros) |
|---|

ANNEXE 5 : Chronologie de la carrière institutionnelle des IQ d'Etat

Les deux pages qui suivent (voir figure 20 ci-après) présentent une chronologie synthétique des événements qui ont marqué et façonné la carrière des indicateurs de qualité, réalisée au moyen du logiciel gratuit *TreeSheets*. Sont mis en scène les quatre « flux » qui convergent dans l'instrument : mobilisations sociales, prises de position politiques, éléments cognitifs, événements institutionnels. Cette chronologie ne cherche pas à réifier les frontières entre ces flux – à bien des égards poreuses – mais à représenter graphiquement l'entrelacs des événements qui ont conduit à faire émerger une mesure de la qualité et à lui donner la forme des IQ d'Etat. Les années qui ont constitué les principaux jalons de la carrière des indicateurs (1997, 2003, 2006, 2010) sont très visiblement marquées par la convergence d'éléments issus des quatre « flux ».

Légende des symboles utilisés pour représenter les différents éléments :



: Événement médiatisé qui fait irruption sur la scène publique



: Événement politique ou institutionnel marquant



: Début d'un processus de plus long cours (mobilisation sociale ou création institutionnelle)

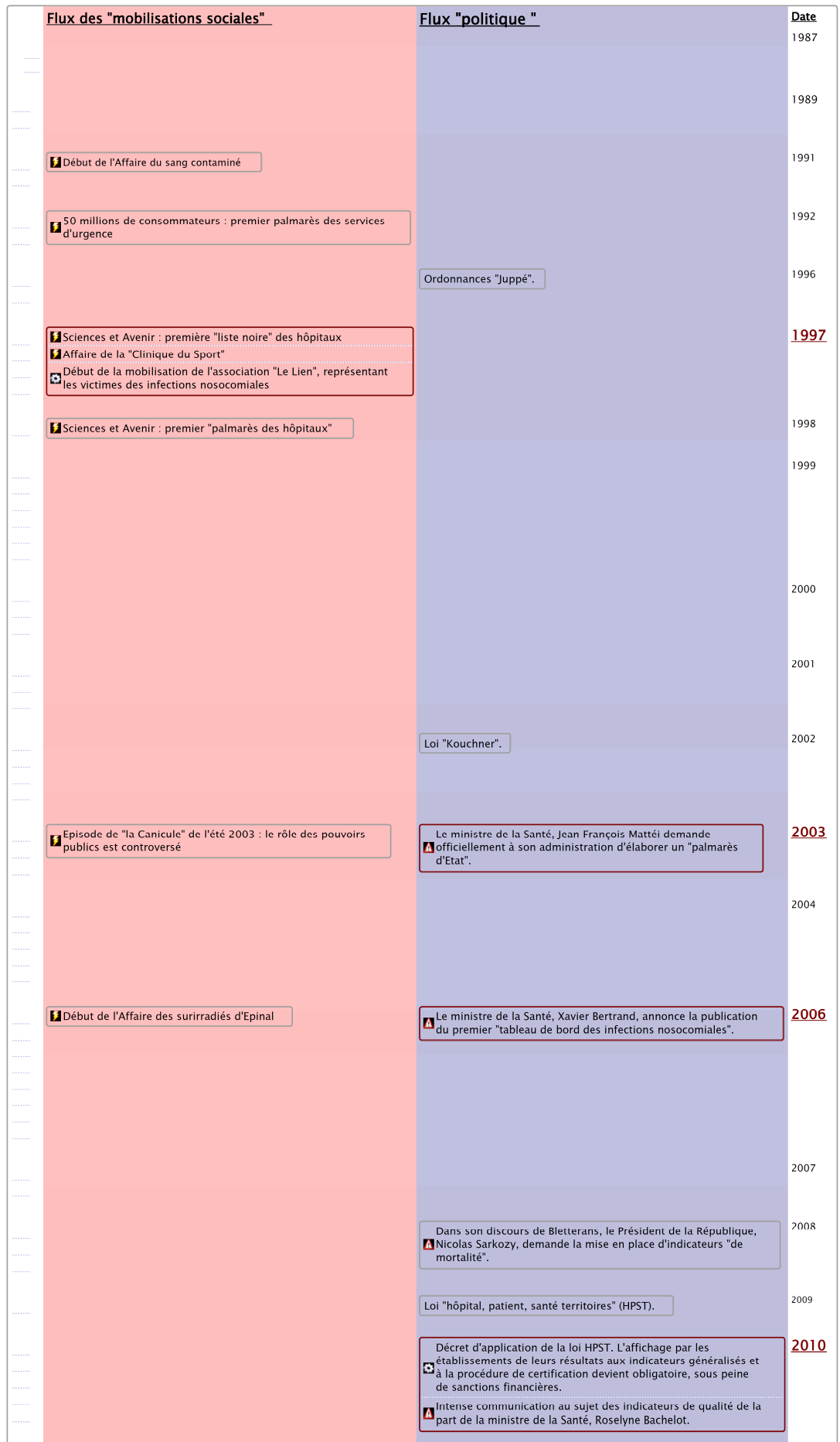


: Publication d'expert ou événement en lien avec l'expertise

Les **réformes hospitalières** en « toile de fond » apparaissent encadrées en gris

Les **événements clé** de la dynamique sont encadrés en rouge

Figure 20.
Chronologie



| Date | Flux "cognitif" | Flux "institutionnel" |
|-------------|--|---|
| 1987 | Création du groupe IMAGE (Information Médicale pour l'aide à la Gestion des Etablissements), rattaché à l'ENSP. Amorce des réflexions sur l'évaluation et les systèmes d'information. | |
| 1989 | | Création de l'ANDEM (Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale) |
| 1991 | | |
| 1992 | | |
| 1996 | | Création de l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé) |
| 1997 | | |
| 1998 | | |
| 1999 | <ul style="list-style-type: none"> "Faut-il classer les hôpitaux ?" (dossier dans La Recherche, publié par le groupe de travail DREES autour de P. Lombrail) "Les éléments de la performance hospitalières, les conditions d'une comparaison", (dossier dans Etudes et résultats, publié par le groupe de travail DREES autour de P. Lombrail) Constitution du projet de recherche du "Guide Rouge des indicateurs" à l'UHIP autour d'Etienne Minvielle | La DREES finance et encadre les premières réflexions autour de la mesure de la performance. |
| 2000 | "The world health report 2000: Health systems: improving performance" : rapport controversé de l'OMS comparant la performance des 191 pays membres de l'organisation | |
| 2001 | "Eléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers". Dossiers solidarité et santé. Publication d'un cadre théorique d'analyse de la performance, publié par le groupe de travail dirigé par P. Lombrail sous l'égide de la DREES | |
| 2002 | <ul style="list-style-type: none"> "Mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE" (Colloque sous l'égide de l'OCDE) Lancement du projet INPECH (Indicateurs de performance expérimentaux pour la comparaison hospitalière), mené par P. Czernichow à Rouen : expérimenter une comparaison à but d'apprentissage professionnel | |
| 2003 | Constitution du projet COMPAQH-1 (2003 - 2006) autour de l'équipe d'E. Minvielle. Premier thème de travail : les infections nosocomiales | <ul style="list-style-type: none"> L'administration est sommée de mettre en place un "palmarès d'Etat". La DREES et l'ANAES appuient les travaux de recherche; la DHOS amorce le travail sur les infections nosocomiales |
| 2004 | <ul style="list-style-type: none"> Début de participation de l'équipe de P. Lombrail au projet PATH (Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals), qui voit le jour sous l'égide de l'OMS Europe, et cherche à établir un cadre d'analyse de la performance et des indicateurs Première enquête ENES sur les événements indésirables graves liés aux soins, réalisée par le CCECQA | Création de la HAS (Haute Autorité de santé) |
| 2006 | <ul style="list-style-type: none"> Début du projet COMPAQH-2 (2006-2009). Rapprochement avec la HAS, construction et expérimentation des indicateurs du qualité du dossier patient Début du "Health Care Quality Indicators Project" sous l'égide de l'OCDE | <ul style="list-style-type: none"> Ministère de la Santé : début de la publication annuelle du "tableau de bord des infections nosocomiales" Lancement du site "PLATINES" (plateforme d'information nationale sur les établissements de santé) HAS : décision du Collège de participer activement à la généralisation d'indicateurs de qualité et de mobiliser des indicateurs dans la procédure de certification des établissements HAS : création d'un service spécialisé en charge des indicateurs (IPAQH, qui deviendra IPAQSS) |
| 2007 | Lancement du projet "PSI" (patient safety indicators) par l'équipe des Hôpitaux Civils de Lyon | |
| 2008 | | <ul style="list-style-type: none"> HAS : début de la généralisation des indicateurs sur le thème de la qualité du dossier patient L'Assurance maladie lance le CAPI (Contrat d'amélioration des pratiques individuelles - médecine de ville). |
| 2009 | | La DREES initie un travail sur les indicateurs de mortalité |
| 2010 | <ul style="list-style-type: none"> Prolongement du projet COMPAQ-HPST Création du consortium CLARTE, réunissant des chercheurs du PIMESP à Nantes (autour de P. Lombrail), du pôle IMER à Lyon (autour de C. Colin) et du CCECQA à Bordeaux (autour de P. Michel) | L'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance) publie son outil Hospidiag d'analyse de la performance. |

ANNEXE 6 : Les IQ d'Etat généralisés en 2010

Cette annexe présente les dix IQ généralisés par l'Etat à des fins d'affichage public, tels qu'ils sont décrits dans l'*instruction DGOS-PF-192-2010 du 9 juin 2010 relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins*.

Encadré 31. Vue d'ensemble des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales du ministère

Ces 5 indicateurs sont calculés automatiquement à partir d'un document administratif réglementaire : le « bilan standardisé annuel de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements de santé ». Des contrôles de conformité des informations sont effectués dans 10% des établissements.

- **ICALIN** : indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales.

« Cet indicateur présenté sous la forme d'une note sur 100 et d'une classe de performance (A à F) objective l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales (IN) dans l'établissement, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre. Il ne s'agit pas du taux d'infections nosocomiales. [...] Le score ICALIN est calculé à partir de trois sous-indices pondérés de façon identique pour un total de 100 points à partir de 31 critères relatifs à l'*Organisation* (O) en termes d'intégration de la lutte contre les IN dans le fonctionnement de l'établissement, de présence d'une instance de coordination et d'outils de gestion ; aux *Moyens* (M) en termes de présence d'une équipe opérationnelle d'hygiène, de formation du personnel, et de correspondants en hygiène ; aux *Actions* (A) en termes de présence de protocoles, de surveillances et d'évaluations ».

- **ICSHA** : indicateur de consommation des solutions hydro-alcooliques

« L'indicateur ICSHA présenté sous la forme d'un pourcentage (%) et d'une classe de performance (A à F) est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains (selon une technique de référence). [...] L'ICSHA, exprimé en pourcentage est le rapport entre le volume de produits hydro-alcooliques (PHA) consommés réellement par l'établissement et l'objectif personnalisé de consommation vers lequel l'établissement doit tendre. Celui-ci est déterminé à partir d'un référentiel national prenant en compte les types d'activités de l'établissement. »

- **SURVISIO** : enquête d'incidence des infections de site opératoire

« L'indicateur SURVISIO présenté sous la forme d'une réponse binaire OUI/NON, objective la mise en place par l'établissement d'une surveillance épidémiologique des patients après leur intervention chirurgicale (dite surveillance des infections du site opératoire). [...] Le critère est égal à oui si l'établissement de santé a mis en place une surveillance des infections du site opératoire. En fonction du nombre de disciplines bénéficiant de cette surveillance, le critère est pondéré lors de sa prise en compte dans le calcul du score agrégé. Il ne permet pas de mesurer la fréquence des infections du site opératoire. »

- **Score ICATB** : indice composite de bon usage des antibiotiques

« Cet indicateur présenté sous la forme d'une note sur 20 et d'une classe de performance (A à F), objective le niveau d'engagement d'un établissement de santé dans une stratégie d'optimisation de l'efficacité des traitements antibiotiques. Il ne mesure pas le taux de résistance des bactéries aux antibiotiques. [...] ICATB est composé de trois sous-indices pondérés de façon identique pour un total de 20 points à partir de 11 critères relatifs à l'*Organisation* (O) ; aux *Moyens* (M) ; aux *Actions* (A). »

- **Score agrégé**

« Cet indicateur présenté sous la forme d'une note sur 100 et d'une classe de performance (A à F) simplifie et synthétise en un score unique : les indicateurs de processus (ICALIN, ICATB, SURVISIO) et de moyens (ICSHA). [...] Le résultat est un score calculé à partir des résultats chiffrés des quatre indicateurs suscités et pondérés en fonction de l'activité de l'établissement. Un établissement concerné par les 4 indicateurs aura son score agrégé calculé selon la formule $Score\ agrégé = (ICALIN \times 0,4) + (ICSHA \times 0,3) + ICATB + SURVISIO$ ».

Encadré 32. Vue d'ensemble des indicateurs de qualité de la prise en charge (Haute Autorité de santé)

Ces 5 indicateurs impliquent, dans chaque établissement, un travail d'évaluation de dossiers des patients tirés au sort (60 ou 80 dossiers, selon les indicateurs), à partir d'une « grille d'analyse » spécifique. Le résultat de ces évaluations est transmis à la HAS par le biais d'une plate-forme en ligne nommée QUALHAS, qui calcule les indicateurs et livre immédiatement en retour les résultats de l'établissement aux opérateurs de cette évaluation.

- **TDP** : tenue du dossier patient

« Cet indicateur, présenté sous la forme d'un score de qualité (sur 100), évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés. Pour chaque dossier tiré au sort, un score de qualité, compris entre 0 et 1, est calculé à partir de 10 critères, au maximum. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 1. [...] Numérateur : pour chaque dossier, le nombre de critères satisfaits est calculé à partir des dix critères suivants, dès lors qu'ils sont applicables [...] Présence d'un document médical relatif à l'admission ; Examen médical d'entrée renseigné ; Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation ; Courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval ; Rédaction d'un traitement de sortie ; Dossier organisé et classé ; Présence d'un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s) ; Présence d'un compte rendu d'accouchement ; Dossier anesthésique renseigné ; Dossier transfusionnel renseigné. [...] Dénominateur : nombre de critères applicables pour chaque dossier. »

- **DEC** : délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation

« Cet indicateur, présenté sous la forme d'un pourcentage de dossiers conformes, évalue le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation. [...] Numérateur : nombre de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours ET dont le contenu comprend les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins. Dénominateur : nombre total de séjours évalués. »

- **TRD** : traçabilité de l'évaluation de la douleur

« Cet indicateur, présenté sous la forme d'un pourcentage de dossiers conformes, évalue la traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le dossier patient. [...] Numérateur : Nombre de séjours pour lesquels il existe : au moins un résultat de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient non algique ou au moins deux résultats de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient algique. [...] Dénominateur : nombre de séjours éligibles évalués »

- **DTN** : dépistage des troubles nutritionnels

« Cet indicateur, présenté sous la forme d'un pourcentage de dossiers conformes, évalue la réalisation avec notification dans le dossier, du dépistage des troubles nutritionnels au cours des 48 premières heures du séjour, chez les patients adultes. [...] Numérateur : nombre de dossiers de patients adultes pour lesquels, au cours des 48 premières heures du séjour, une mesure du poids a été effectuée et notée dans le dossier ; [...] Dénominateur : nombre de séjours éligibles évalués. »

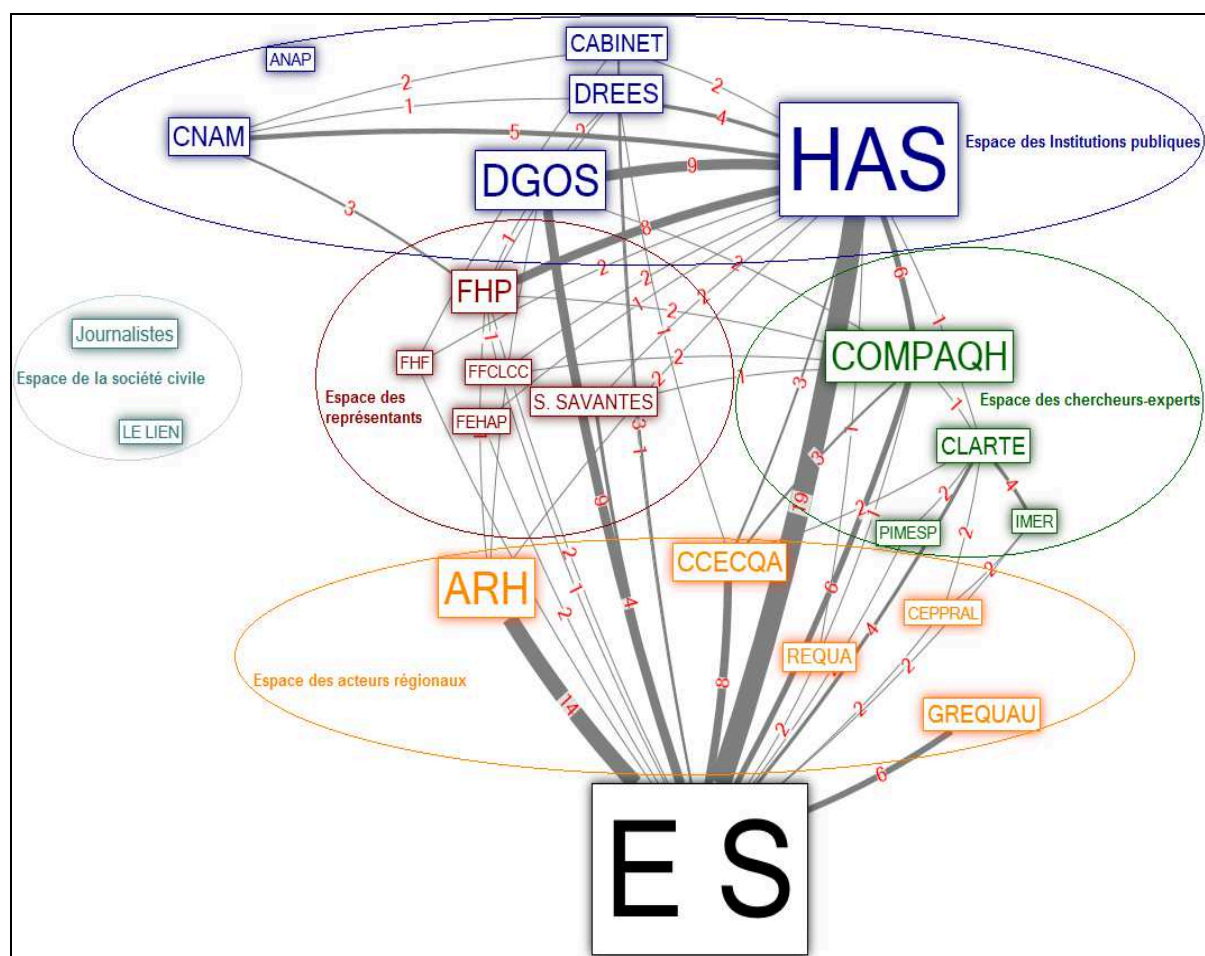
- **DAN** : qualité de tenue du dossier anesthésique

« Cet indicateur, présenté sous la forme d'un score de qualité (sur 100), évalue la tenue du dossier anesthésique. Pour chaque dossier tiré au sort, un score de qualité compris entre 0 et 1, est calculé à partir de 13 critères au maximum. La qualité de la tenue du dossier anesthésique est d'autant plus grande que le score est proche de 1. [...] Numérateur : pour chaque dossier, le nombre de critères satisfaits est calculé à partir des treize critères suivants, dès lors qu'ils sont applicables : [...] identification du patient sur toutes les pièces du dossier ; Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase pré-anesthésique (CPA et/ou VPA) ; Trace écrite de la visite pré-anesthésique (VPA) ; Mention du traitement habituel ou de l'absence de traitement dans le document traçant la CPA (ou la VPA) ; Mention de l'évaluation du risque anesthésique dans le document traçant la CPA (ou la VPA) ; Mention du type d'anesthésie proposé au patient dans le document traçant la CPA (ou la VPA) ; Mention de l'évaluation des conditions d'abord des voies aériennes supérieures en phase pré-anesthésique dans le document traçant la CPA (ou la VPA) ; [...] Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase per-anesthésique ; Mention de la technique d'abord des voies aériennes supérieures en phase per-anesthésique ; [...] Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase post-interventionnelle ; Trace de l'autorisation de sortie du patient de la SSPI validée par un médecin anesthésiste ; Trace écrite des prescriptions médicamenteuses en phase post-anesthésique ; [...] Rubrique renseignée (ou barrée) permettant de relever les incidents ou accidents péri-anesthésiques [...] Dénominateur : nombre de critères applicables pour chaque dossier. »

ANNEXE 7 : La nébuleuse intégratrice autour des IQ

La deuxième partie de la thèse analyse le travail de légitimation et de déploiement des indicateurs accompli par une « nébuleuse » d'acteurs intermédiaires. Tous participent à intégrer institutions publiques et professionnels de santé à partir de ce travail intermédiaire des instruments. Cette « nébuleuse intégratrice » est représentée graphiquement par le schéma qui suit (voir figure), construit à partir d'une analyse élémentaire de réseaux qui a pour seule ambition d'illustrer les résultats qualitatifs.

Figure 21. Représentation graphique de la « nébuleuse intégratrice » (annexe)



Apparaissent clairement les principaux espaces sociaux de cette nébuleuse intégratrice : celui des institutions publiques (en bleu), celui des établissements de santé (en noir), et les espaces des différents acteurs intermédiaires : chercheurs-experts (voir chapitre 4), représentants des professionnels (voir chapitre 5), intermédiaires régionaux (voir chapitre 6). Dans cette annexe, je présente la méthode par laquelle j'ai comptabilisé et représenté les « liens » entre les organisations de la nébuleuse (1), puis je restitue sous la forme de « portraits » les acteurs et organisations les plus actifs de la nébuleuse (2).

1. Méthodologie pour établir les liens à l'intérieur de la nébuleuse

Le travail élémentaire d'analyse de réseaux utilisé pour construire ce graphique a été réalisé en 2013, au cours de la rédaction de la thèse et après la fin de l'enquête institutionnelle (voir annexe 2), lorsqu'il s'est révélé utile de chercher à représenter de manière plus systématique les circulations ou le multipositionnement des acteurs entre les différentes organisations étudiées. Pour construire ce schéma, j'ai utilisé un logiciel gratuit d'analyse de réseaux (NodeXL), qui m'a permis de coder simplement un ensemble de nœuds et de liens et de projeter visuellement les résultats.

1) Procédé de codage des liens entre les organisations de la nébuleuse

Après une anonymisation de 52 acteurs « institutionnels » nationaux et régionaux qui sont apparus centraux dans l'enquête institutionnelle, j'ai systématiquement quantifié tous les « liens » en matière de circulation ou de multipositionnement que les entretiens et la documentation recueillie m'ont permis de tracer. Dans un premier temps, j'ai ainsi établi une « liste » simple de 82 liens entre 30 organisations, chacun de ces liens correspondant au déplacement ou au multipositionnement d'un acteur concret. Les acteurs rencontrés circulent ou sont multipositionnés de manière inégale : 10 d'entre eux n'ont pas du tout circulé et sont ancrés dans une seule organisation, 23 d'entre eux sont caractérisés par un seul « lien » (typiquement : depuis un établissement de santé vers une organisation intermédiaire ou institutionnelle), alors que 19 d'entre eux sont concernés par des liens pluriels (de 2 à 6). A partir de cette liste, j'ai ensuite opéré une série de recodages.

- Selon son importance, chaque lien entre deux organisations a été codé comme « lien faible » (valeur 1) ou « lien fort » (valeur 2) selon son importance. J'ai codé comme lien « faible » une participation ponctuelle aux activités d'une autre organisation : activité d'expert-visiteur pour la HAS, stage de courte durée au sein d'un ORQ, participation aux conseils d'administration ou scientifique des institutions ou des projets de recherche. J'ai codé comme lien « fort » une « circulation » effective : changement de poste au cours de la carrière ou une multi-appartenance pendant une période prolongée.

- Dès l'étape du codage, j'ai agrégé les différents établissements de santé au sein desquels les acteurs ont circulé sous la forme d'une unique institution représentée par le sigle « ES ». Les 26 « organisations réelles » apparaissant dans la liste initiale ont également été regroupées en 23 « organisations génériques » : j'ai agrégé les différentes Agences régionales (ARH et ARS) pour lesquelles j'avais collecté des informations sous la forme d'une unique institution représentée par le sigle « ARH » ; j'ai enfin procédé de la même façon pour les deux sociétés savantes d'anesthésie-réanimation, réunies au sein d'une même catégorie générique.

- A partir de ces recodages, j'ai ensuite agrégé la valeur des liens reliant les 23 organisations génériques deux à deux, de manière à calculer un indice d'intensité pour chaque lien.

2) Construction et signification de la projection graphique

A partir de ce codage, le logiciel propose une représentation graphique du « réseau » constitué par les organisations agrégées de la nébuleuse (les nœuds), reliées par les « liens » incarnés par les circulations et les multipositionnements des acteurs. Dans un premier temps, j'ai librement repositionné les différentes organisations à partir des résultats de l'analyse qualitative, de manière à faire apparaître la nébuleuse intégratrice analysée dans la deuxième partie de la thèse. J'ai délibérément placé « en haut » l'espace des institutions publiques et « en bas » la catégorie agrégée des « institutions de santé ». La « distance » entre les organisations et la « structure d'ensemble » de ce schéma ne sont donc pas des résultats automatisés de l'analyse des réseaux, mais bien la mise en forme de résultats qualitatifs, qui m'ont conduit à mettre en évidence le caractère hiérarchisé et institutionnalisé de ces espaces sociaux. J'ai également délibérément opéré le regroupement des organisations au sein d'espaces matérialisés par des couleurs différentes à partir des résultats qualitatifs. Les autres éléments du schéma correspondent aux résultats quantifiés de l'analyse de réseau. La taille des organisations est indexée (de manière pondérée, mais non proportionnelle) au nombre total d'acteurs qui ont été en lien avec cette organisation (indépendamment de la valeur des liens). Les « établissements de santé » ont par exemple été mis en lien par 34 acteurs institutionnels et la HAS par 21 d'entre eux. L'épaisseur des liens entre les organisations est indexée à l'intensité des liens entre ces organisations (agrégation de la valeur de tous les liens individuels forts [2] et faibles [1] qui relient ces organisations). Les chiffres qui apparaissent en rouge sur chaque trait correspondent à la valeur de cette intensité.

Il ne s'agit donc en aucun cas d'une modélisation exhaustive et précise du « monde des indicateurs qualité », mais bien d'une approximation construite à partir des informations recueillies au cours de l'enquête institutionnelle, qui permet de représenter de manière plus systématique cet ensemble de multipositionnements et de circulations, mais pas de tirer des conclusions indépendantes de l'enquête qualitative au sujet du monde des indicateurs de qualité. En effet, les organisations pour lesquelles je n'ai rencontré que peu d'acteurs sont mécaniquement moins « imposantes » et moins « reliées » aux autres que celles au sein desquelles l'enquête a été plus approfondie. On observe toutefois que la structure affichée (résultat de l'analyse qualitative), est globalement cohérente avec les différents liens qui relient les organisations entre elles (résultat de l'analyse quantitative à partir des informations collectées lors de l'enquête qualitative). En particulier, les liens verticaux vers le haut et vers le bas des organisations « intermédiaires » apparaissent nettement, justifiant leur positionnement intermédiaire. La position « centrale » de la HAS en matière de « liens » établis avec l'ensemble des organisations du système mérite d'être soulignée, car elle est quelque peu occultée par son positionnement au sein de l'espace institutionnel. La taille de la catégorie générique « établissements

de santé » et l'intensité des liens avec l'ensemble des organisations de la nébuleuse révèle que la majorité des acteurs institutionnels sont passés au cours de leur carrière par un établissement de santé.

2. Portraits typiques de la « nébuleuse intégratrice »

Sont présentés ci-après et par ordre d'apparition les portraits complets d'acteurs ou d'organisations qui ont été utilisés de manière partielle dans les chapitres 4, 5 et 6 de la thèse. J'ai constitué ces portraits à partir d'informations collectées dans les publications, lors d'une recherche en ligne, sur les sites officiels des différentes organisations ou lors des entretiens. Lorsque des personnes sont nommées, les informations utilisées sont toutes de nature publique.

1) Portraits de l'espace des chercheurs-experts (chapitre 4)

Portrait 1. Un profil de « chercheur gestionnaire » : **Etienne Minvielle**

Fonctions

Docteur en gestion, Etienne Minvielle est directeur de recherche au CERMES (unité mixte INSERM/CNRS), directeur qualité à l'Institut Gustave Roussy et membre de différents comités scientifiques et institutionnels dans le secteur des sciences sociales en santé (comité de suivi de la tarification à l'activité, d'expérimentation des nouveaux modes de tarification, etc.). Il est responsable du projet national de développement d'indicateurs en France aujourd'hui nommé COMPAQ-HPST (depuis 2003).

Parcours

Né en 1961, E. Minvielle est médecin de formation. Après un internat des hôpitaux de Paris en 1986 dans la spécialité santé publique, il intègre le Centre de Recherches en Gestion (CRG) de l'Ecole Polytechnique, où il réalise une thèse de doctorat en sciences de gestion sous la direction de Gérard de Pourvoirville, qui s'intitule *La gestion de la singularité à grande échelle*. Il intègre ensuite l'ESSEC (Ecole supérieure des sciences économiques et commerciales), puis séjourne à l'Université de Pennsylvanie (Wharton School), où il travaille avec l'un des experts de la qualité à l'échelle internationale, John Kimberly.

Il intègre le CNRS en 1996, et mène une carrière de chercheur à l'Ecole Nationale de Santé Publique, où il côtoie le groupe IMAGE, puis au sein du CERMES (INSERM/CNRS).

Domaines de recherche

La carrière d'Etienne Minvielle a été fortement structurée autour des travaux concernant la performance hospitalière et plus précisément la mesure de la qualité par des indicateurs. L'expertise métrologique et les sciences de gestion constituent l'ancrage disciplinaire principal du chercheur. Au cours de sa carrière, il a publié de nombreux ouvrages ou contributions dans des ouvrages (une dizaine), une quarantaine d'articles dans des revues à comité de lecture, une cinquantaine de communications à des colloques scientifiques et institutionnels au sujet des indicateurs de qualité.

Un aperçu des publications du chercheur dans les revues à comité de lecture illustre l'ampleur de leur spectre disciplinaire, principalement en santé publique (*la revue d'épidémiologie et de santé publique*), en économie, gestion ou sciences sociales de la santé (*le Journal d'économie médicale, sciences sociales et santé*), mais aussi dans des revues généralistes en gestion (*la Revue française de gestion, Gérer et comprendre*), en sciences sociales (*Sociologie du travail*), dans des revues institutionnelles (*Politiques et management public*), mais aussi dans plusieurs revues médicales (*Urologie, La Presse médicale*). Si la plupart des articles sont publiés dans des revues françaises, on retrouve l'ensemble de ce spectre dans les publications du chercheur dans des revues anglophones (*Public Administration Review, International Journal for Quality in Health Care, Journal of Critical Care, International Journal of Production Economics*).

Portrait 2. Un profil de « professeur en santé publique » : Pierre Lombrail

Fonctions

Professeur des universités et praticien hospitalier (PU-PH) en santé publique depuis 1999, Pierre Lombrail est directeur du Pôle d'Information Médicale, d'Evaluation, de Santé Publique – Santé au travail (PIMESP) au CHU de Nantes. Membre de la commission « certification » de la Haute Autorité de santé, il occupe également des fonctions dans plusieurs comités scientifiques et sociétés savantes en santé publique. Il est notamment président de la Société Française de Santé Publique (SFSP).

Parcours

Médecin de formation, après une trajectoire clinique, Pierre Lombrail s'oriente vers la santé publique. Il s'investit au cours des années 1990 dans le groupe IMAGE et s'intéresse notamment à l'usage des systèmes d'information pour évaluer la performance des établissements de santé. En 1995, il soutient une thèse intitulée *Deux composantes essentielles de l'évaluation des soins à l'hôpital : continuité et accessibilité : le cas de l'urgence pédiatrique à l'hôpital Robert Debré de Paris*, sous la direction de Gérard de Pourvoirville.

En 1999, il est missionné par la DREES pour animer le groupe de travail *Eléments pour évaluer les performances hospitalières*. Au début des années 2000, il s'investit également dans la commission « Recommandations pour l'amélioration des pratiques » de la Haute Autorité de santé. Puis il participe, entre 2002 et 2004, au projet INPECH (Indicateurs de performance expérimentaux pour la comparaison hospitalière) mené par Pierre Czernichow, Professeur des Universités en santé publique au CHU de Rouen. Il est, à partir de 2004, en charge du projet de recherche PATH, en lien avec l'OMS Europe, puis, à partir de 2010, actif au sein du consortium CLARTE.

Domaines de recherche

Les recherches de Pierre Lombrail abordent un spectre large de disciplines, avec toutefois une nette coloration en santé publique (inégalités de santé et d'accès aux soins, déterminants sociaux de la santé, rôle spécifique du système de santé dans les inégalités liées aux soins, développement de l'éducation thérapeutique), mais aussi dans des domaines se rapprochant de l'économie ou de la gestion de la santé (systèmes d'information médico-administratifs, évaluation médicale). Les indicateurs de qualité constituent l'un des nombreux intérêts de recherche du chercheur, principalement à partir du début des années 2000.

Pierre Lombrail et son équipe ont surtout publié dans des revues généralistes de santé publique ou d'épidémiologie françaises (*Santé Publique, Revue d'épidémiologie et de santé publique*) ou internationales (*European Journal of Public Health, Journal of epidemiology and Community Health*), et dans des revues institutionnelles françaises (*Etudes et Résultats, Dossier solidarité et santé, Actualité et dossier en santé publique*). Sont également présentes des revues médicales généralistes (*La Presse médicale, La Revue du praticien*) ou plus spécialisées (*Douleurs, Annales d'urologie, Annales de gériatrie, Education thérapeutique du patient*), et des revues spécialisées sur la question de la qualité ou de la gestion des risques (*Risques et qualité en milieu de soins, International Journal for Quality in Health Care*). On note enfin quelques publications en sciences sociales (*Sciences sociales et santé*).

Portrait 3. Un profil de « chercheur en évaluation médicale » : **Philippe Michel****Fonctions**

Médecin de santé publique, Philippe Michel est directeur médical du CCECQA. Le chercheur est membre de plusieurs commissions institutionnelles (notamment, depuis 2004, du groupe « Performance hospitalière » co-organisé par la DHOS et la DREES), administrateur de plusieurs sociétés savantes, dont la Société Française de Santé Publique (SFSP) depuis 2007. Il est également membre des comités éditoriaux de plusieurs revues (dont *Quality and Safety in Health Care*, *Risques et Qualité en milieu de soins*).

Parcours

Né en 1962, Philippe Michel poursuit des études de médecine. Après un internat de spécialité en santé publique (1986-1991), et un poste d'assistant hospitalier-universitaire (1991 – 1993), il devient praticien hospitalier (PH) et médecin d'information médicale au CHU de Bordeaux (à partir de 1993). En 1996, il participe à la création du CCECQA (voir profil 5 ci-après). Entre 2005 et 2007, il est nommé directeur de l'évaluation des dispositifs de santé à la Haute Autorité de santé. De retour en Aquitaine en 2007, il reprend son poste de directeur médical du CCECQA.

Au sein de l'équipe de recherche dirigée par Michel Amouretti (PU-PH en santé publique), il s'intéresse aux indicateurs dès 1994, date à laquelle il met sa formation épidémiologique et statistique en application dans le cadre du projet EuroSCORE, piloté par l'*European Association for Cardio-thoracic surgery*, qui s'attache à valider un indicateur de mortalité en chirurgie cardiaque. Il continue à participer à des travaux consacrés aux indicateurs au CCECQA depuis 1996. En 2001, il soutient d'ailleurs une thèse d'épidémiologie et d'interventions en santé publique intitulée *Approche métrologique de l'utilisation des indicateurs de performance en santé*, sous la direction de Louis Rachid Salmi, à l'Université de Bordeaux 2. Entre 2003 et 2005, il est associé au projet COMPAQH. A partir de 2010, il contribue au consortium CLARTE.

Domaines de recherche

Philippe Michel est l'un des premiers chercheurs à avoir développé une expertise en « métrologie » dans le domaine de la santé, au cœur de son travail depuis le milieu des années 1990. Ce thème de recherche n'épuise toutefois pas l'ensemble des travaux du chercheur, qui a également publié de nombreuses études dans le domaine de l'information médicale, de l'épidémiologie (évaluation économique et épidémiologie autour de la migraine, enquêtes d'évaluation du risque iatrogène en France), de la démarche qualité en établissement de santé et de la gestion des risques.

Philippe Michel et son équipe ont beaucoup publié dans des revues généralistes de santé publique ou d'épidémiologie françaises (*Revue d'épidémiologie et de santé publique*) ou internationales (*Journal of Infectious Disease*), et dans des revues institutionnelles françaises (Série *Etudes et Recherche* de la DREES, *Revue médicale de l'Assurance maladie*). Sont également présentes des revues médicales généralistes (*La Presse médicale*), ou plus spécialisées (*European Journal of Cardio-thoracic Surgery*, *Headache*, *Revue neurologique*) et des revues spécialisées sur la question de la qualité ou de la gestion des risques (*Risques et qualité en milieu de soins*, *International Journal for Quality in Health Care*).

Portrait 4. Un profil de « professeur en épidémiologie » : Cyrille Colin

Fonctions

Médecin en santé publique et professeur des universités et praticien hospitalier (PU-PH) en épidémiologie, économie de la santé, prévention à l'Université Claude Bernard Lyon 1 (depuis 1998), Cyrille Colin est responsable du Pôle Information Médicale - Evaluation en Santé - Recherche Clinique (IMER) aux Hospices Civils de Lyon (HCL). Il est également Président de la Coordination pour l'Evaluation des Pratiques Professionnelles en santé en Rhône-Alpes (CEPPRAL, voir profil 8 ci-après), et coordonnateur du consortium CLARTE (depuis sa création en 2010).

Parcours

Médecin de formation (diplômé en 1990), Cyrille Colin est spécialisé en économie de la santé et en épidémiologie : titulaire d'un « diplôme interuniversitaire de méthodologie des essais cliniques », sa thèse de doctorat en « sciences de gestion appliquées à l'analyse des systèmes de santé », soutenue en 1993 à l'Université Lyon 1, est intitulée *Etude des variations de pratique médicale après infarctus du myocarde et analyse du caractère approprié de la coronarographie : à propos de deux études d'observation en région Rhône-Alpes*. Depuis 2005, il participe à un réseau de chercheurs qui s'intéresse notamment au développement d'indicateurs de sécurité des patients, l'*International Methodology Consortium for Coded Health Information* (Imecchi), organisé sous l'égide de l'OCDE. En 2010, il est à l'initiative de la création du consortium CLARTE.

Domaines de recherche

Dès le début des années 1990, Cyrille Colin a développé une expertise dans l'utilisation d'informations contenues dans les bases de données médico-administratives (PMSI) à des fins d'études épidémiologiques. C'est dans ce cadre qu'il s'est intéressé aux « *Patient Safety Indicators* » (PSI), indicateurs de sécurité des patients construits à partir d'informations disponibles en routine, permettant des comparaisons dans la prise en charge et les résultats de soins de différentes pathologies, à l'échelle d'un établissement, d'une région, d'un pays, ou même à l'échelle internationale. Plus largement, ses travaux de recherche abordent également des questions d'évaluation médico-économique, et de gestion des pratiques professionnelles.

Cyrille Colin et son équipe du pôle IMER ont beaucoup publié dans des revues internationales, spécialisées en épidémiologie (*Emerging infectious Diseases*), dans la prise en charge de certaines pathologies (*International Journal of Colorectal Disease*, *Acta cardiologica*, *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*), ou dans l'évaluation en santé (*International Journal of Technology Assessment in Health Care*). Les publications dans des revues françaises sont plus rares, et concernent surtout des revues médicales généralistes (*La Presse Médicale*, *La Revue du Praticien*) ou spécialisées dans une pathologie (*Nutrition Clinique et Métabolisme*, *Bulletin du cancer*).

2) Portraits de l'espace des représentants des acteurs hospitaliers (chapitre 5)

Profil 1. Le BAQIMEHP, une expertise « qualité » au sein de la FHP

Une « expertise » pérenne au sein de la FHP

Depuis sa création en 2002, le BAQIMEHP est présidé par le président de la FHP et administré par son bureau. Composé d'une petite équipe de salariés permanents, le BAQIMEHP est doté d'une certaine autonomie fonctionnelle dans l'expertise qu'il met à disposition des adhérents. Chaque établissement cotisant à la FHP est automatiquement membre du BAQIMEHP.

Les activités du BAQIMEHP : entre conseil et représentation

Le BAQIMEHP affiche deux grands objectifs de travail : d'une part le développement d'une politique commune d'évaluation spécifique à la FHP, et d'autre part la représentation et l'accompagnement des établissements dans les démarches institutionnelles de certification. Ces objectifs se traduisent par deux ensembles d'activité.

Le BAQIMEHP développe d'abord des « activités de conseil » qui sont facturées aux cliniques adhérentes, et qui constituent le « cœur de métier » du bureau : production et diffusion d'outils méthodologiques (grilles d'audit, méthodologies de certification, veille documentaire sur les obligations réglementaires), animation de formations (relatives aux outils d'information médico-économique, aux démarches d'évaluation des pratiques professionnelles, ou aux indicateurs de qualité), ou encore accompagnement de tel ou tel établissement sur un projet particulier.

Le BAQIMEHP assume ensuite un rôle de « représentation » de la FHP vis-à-vis des pouvoirs publics, notamment à travers la participation de la directrice du bureau aux différents groupes de travail à la HAS ou au ministère en rapport avec la « qualité » et la « sécurité » des soins : le BAQIMEHP contribue notamment au « comité de pilotage de la généralisation des indicateurs » qui réunit les différentes parties-prenantes de la démarche. Par ailleurs, il est étroitement associé aux formations des établissements privés en ce qui concerne les indicateurs généralisés par la HAS.

Profil 2. La figure de proue de la FFCLCC : le département "**qualité – indicateurs**"

Un « département » formalisé au sein de la FFCLCC

Les orientations du département sont décidées en étroite collaboration avec le délégué général de la fédération. Lors de sa création en 2005, le département « qualité-indicateurs » de la FNCLCC est composé uniquement de Catherine Grenier Sennelier (voir profil ci-dessous), qui s'entoure par la suite d'une assistante puis d'une collaboratrice. Ces personnes se déplacent régulièrement dans les 20 centres de lutte contre le cancer, pour « accompagner » les établissements dans le déploiement des projets en rapport avec l'évaluation de la qualité et les indicateurs.

Depuis 2010, la fédération et les centres ont créé un « groupement de coopération sanitaire », intitulé UNICANCER, piloté par la fédération, qui s'attache à « mutualiser » un maximum de moyens et de fonctions entre les centres (systèmes d'information, ressources humaines, achats, recherche scientifique, etc.) afin de réaliser des économies d'échelle. Dans ce contexte, le département qualité – indicateurs voit ses missions élargies au « projet médico-scientifique » du groupe des centres, décliné sous forme d'indicateurs médico-économiques qui débordent largement le thème de la « qualité ».

Catherine Grenier : un profil stratégique à la direction du département « qualité-indicateurs »

Médecin de formation, Catherine Grenier Sennelier a réalisé son internat de santé publique au sein du groupe IMAGE à l'ENSP, en lien avec Gérard de Pourville et Etienne Minvielle, sur le thème de l'assurance qualité en lien avec les chutes des patients. Par la suite formée à l'ESSEC (école supérieure des sciences économiques et commerciales) elle s'est investie dans le projet de construction d'un « guide rouge » des indicateurs sous l'égide de l'UHP, puis a participé à la première phase du projet COMPAQH (coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière) à partir de 2003, avant d'être recrutée en 2005 par la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer pour diriger le département « qualité et indicateurs », fonction qu'elle a conservée jusqu'à son recrutement en tant que responsable du service IPAQSS (indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins) à la HAS, en 2012.

Les indicateurs : une place centrale dans les activités du département

Les « indicateurs » sont placés au centre des activités du département, et déclinés dans ses différents travaux, en lien non seulement avec les indicateurs d'Etat, mais aussi plus largement avec l'évaluation des pratiques professionnelles, la certification des établissements et les autorisations d'activité en cancérologie.

Entre 2005 et 2007, le département « qualité – indicateurs » s'est attaché à accompagner les centres de lutte contre le cancer dans le développement des indicateurs nationaux obligatoires (ou pressentis pour le devenir) : indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales et indicateurs autour de la tenue du dossier patient élaborés par le projet COMPAQH. A partir de 2006, le département lance en partenariat le projet national un travail intitulé « COMPAQH-cancéro », visant à développer des indicateurs spécifiques à la cancérologie, plus proches des pratiques médicales, comprenant notamment un indicateur intitulé « réunion de concertation pluridisciplinaire » ainsi que des indicateurs de qualité de la prise en charge du cancer de la prostate, du colon, du sein.

Le département a également développé ses propres indicateurs : indicateur de « satisfaction des patients » spécifique aux 20 centres (régulièrement mesuré depuis 2005) ; travail sur « la qualité en radiothérapie » (avec des indicateurs spécifiques, comme le « taux de patientes atteintes d'un cancer du sein incluses dans un essai clinique ») ; ou encore développement d'indicateurs de « valorisation de la recherche scientifique ».

De manière transversale à ces thématiques, le département a développé des outils méthodologiques permettant d'harmoniser la mesure dans les 20 centres, de comparer les résultats des centres à ces différents indicateurs (démarche de « *benchmarking interne* » nominatif), et les résultats de l'ensemble des centres à ceux des autres types d'établissements (« *benchmarking externe* »).

Profil 3. Deux sociétés savantes en anesthésie-réanimation : la SRLF et la SFAR

Deux sociétés savantes représentent l'anesthésie-réanimation. Toutes deux de statut « association loi 1901 », ces sociétés ont des modes de fonctionnement et des missions similaires, en rapport avec la formation, la recherche, et l'élaboration de recommandations et de référentiels pour la pratique en lien avec les pouvoirs publics (et notamment la HAS). La principale différence entre les deux sociétés réside dans le fait que la SRLF se concentre uniquement sur la réanimation, là où la SFAR représente l'anesthésie et la réanimation.

La Société de réanimation de langue française - SRLF

Fondée en 1971 et regroupant 3100 membres, la SRLF a pour objectif, d'après son site Internet, de « *donner à la réanimation sa juste place dans le système sanitaire* ». Ses activités sont organisées autour de deux axes : d'une part la formation continue et l'enseignement post-universitaire, d'autre part la promotion de la recherche clinique et de l'évaluation de l'activité de réanimation.

En termes d'activités, la SRLF organise un Congrès annuel, publie une revue scientifique en anglais intitulée *Annals of Intensive Care* ainsi qu'une revue de formation continue en français intitulée *Réanimation*. Elle organise des formations, publie des recommandations et référentiels pour la pratique, fédère des initiatives en faveur de la recherche, participe à des études scientifiques en lien avec la réanimation.

La Société française d'anesthésie réanimation - SFAR

Fondée en 1982, la SFAR se donne pour but, d'après son site Internet, « *l'étude, l'avancement et l'enseignement de l'anesthésie et de la réanimation* ». La SFAR regroupe 4000 membres, ce qui en fait la société savante médicale française la plus importante en nombre d'adhérents.

Elle organise un Congrès annuel, publie une revue scientifique intitulée *les Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* ainsi qu'un magazine intitulé *Vigilance*, et organise des formations. Elle publie régulièrement des recommandations pour la pratique. Depuis 2000, la SFAR affiche également une mission de soutien à la recherche dans son domaine, qui passe par l'attribution de prix ou de bourses de recherche.

Une interface entre la SRLF et la SFAR

La collaboration des deux sociétés savantes de la spécialité est formalisée à travers un comité d'interface, composé de 5 représentants de la SFAR et de la SRLF. Ce comité a pour vocation d'aider aux échanges scientifiques, à la diffusion des connaissances fondamentales ou cliniques et à l'élaboration de projets communs à ces sociétés. Concrètement, la SFAR et la SRLF coopèrent dans l'attribution de bourses de recherche, et dans l'organisation annuelle d'une « *journée Interface* » autour d'un thème transversal.

Portrait 5. Un « pionnier » de l'évaluation en réanimation : Philippe Loirat

Un précurseur de l'évaluation dans les années 1980

Médecin réanimateur de formation né en 1942, Philippe Loirat travaille dans les années 1970 dans le service de réanimation de l'hôpital Foch (à Suresnes), au sein duquel œuvrent des pionniers de l'*evidence-based medicine*. Nommé chef de ce service en 1979, puis président de la CME de l'établissement dans les années qui suivent, Philippe Loirat est l'un des « précurseurs » de l'évaluation médicale en réanimation.

Au cours des années 1980, il mène notamment des recherches dans le domaine des « indicateurs de gravité », s'attachant à mesurer de manière fiable l'état des patients en vue d'améliorer leur prise en charge par les services de réanimation. Au cours des années 1990, il travaille également sur le thème de « la qualité de vie » pour les patients sortis de réanimation.

Dans le cadre de ses activités de chef de service, il a été amené à utiliser dès les années 1990 un « tableau de bord » de prise en charge intégrant une dizaine d'indicateurs (taux d'infections nosocomiales, taux de mortalité à huit jours, taux de ré-hospitalisations à huit jours, taux d'escarres acquis en réanimation, etc.).

Un acteur clé de l'institutionnalisation de l'évaluation médicale en France

A partir du milieu des années 1980, Philippe Loirat a été l'un des acteurs-clé du développement de l'évaluation médicale en France. En tant que président de la Société de réanimation de langue française (SRLF), il a œuvré à l'organisation de conférences de consensus et à la production de recommandations pour la pratique clinique en réanimation.

Il a par la suite été président du conseil scientifique de l'ANDEM puis de l'ANAES tout au long des années 1990 et jusqu'en 2004. Retraité de ses activités médicales depuis 2007, il a exercé une fonction de « conseiller technique » auprès du projet COMPAQH pendant deux ans, puis auprès de la « direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins » à la Haute Autorité de santé.

Portrait 6. Un anesthésiste de la « seconde génération » de l'évaluation : le vice-président de la SFAR

Un professeur très investi dans la Société française d'anesthésie réanimation (SFAR)

Ce médecin anesthésiste-réanimateur est praticien hospitalier professeur des universités (PU-PH) aux Hôpitaux Universitaires Paris-Sud (AP-HP). Il est responsable du pôle d'anesthésie-réanimation au Centre Hospitalier Universitaire Kremlin Bicêtre, au sein duquel il continue d'exercer une activité clinique. Il est très investi dans les activités de la SFAR depuis plusieurs années.

Le parcours d'un médecin anesthésiste qui a « toujours baigné dans la qualité »

Au cours de ses études de médecine, ce praticien développe un intérêt pour la médecine et son « modèle intellectuel », ses « côtés transversaux et scientifiques », qui l'attirent plus que les activités chirurgicales. Diplômé en 1985, il se spécialise en anesthésie-réanimation, et gravit rapidement les échelons de la profession. Adjoint du chef de service à la tête du service d'anesthésie-réanimation d'un petit hôpital du CHU Kremlin Bicêtre au sein de l'AP-HP, il est promu au grade de professeur des universités (PUPH) en 1993 et prend la tête du service de réanimation d'un deuxième établissement plus conséquent. En 1999, il devient chef des services d'anesthésie-réanimation pour les trois établissements du CHU Kremlin Bicêtre.

Lors de l'entretien, pour expliquer comment il en est venu à s'intéresser aux questions d'évaluation et de qualité, ce praticien insiste sur plusieurs facteurs :

D'abord, l'influence du contexte intellectuel de sa spécialité, déjà alors très sensibilisée à ces thématiques, et qui l'a « imprégné » depuis la fin des années 1980. Il explique également avoir baigné dans toute une littérature qui diffuse les démarches d'évaluation médicale. Ayant pris son essor à l'échelle internationale à la fin des années 1980, cette littérature a été relayée de manière croissante en France dans les deux dernières décennies.

Ensuite, sa participation à des formations : il fait partie de la première promotion du diplôme universitaire « qualité en Santé », organisé en 1990 par l'AP-HP, autour de deux médecins « pionniers » de l'évaluation. Cette formation marque le début de son investissement dans des activités d'évaluation.

Enfin, ses activités de recherche : dans la seconde moitié des années 1990, ce praticien s'est beaucoup investi dans une étude d'évaluation de la mortalité liée à l'anesthésie. Il s'agissait d'évaluer l'évolution générale des taux de mortalité sur une vingtaine d'années, et d'enquêter de manière plus précise sur les « facteurs » de cette mortalité spécifiquement liée à l'activité d'anesthésie. Il a également été amené à s'intéresser à la question de la « sécurité » par l'intermédiaire de « collaborations » nationales ou internationales avec d'autres universitaires, notamment organisées par la SFAR, et qui l'ont mis en contact avec des experts qui ont travaillé dans les secteurs industriels à risques élevés, comme l'industrie nucléaire ou l'aéronautique. Comme il l'explique lors de l'entretien, ces « interactions humaines » lui ont permis de « s'imbiber » de ces thèmes de recherche et du « savoir » de ces experts. Ces travaux de recherche l'ont amené à participer de manière active au comité d'analyse et de maîtrise du risque de la SFAR.

3) Portraits de l'espace des acteurs régionaux (chapitre 6)

Portrait 7. Les pionniers de l'évaluation de la qualité en Aquitaine

Le directeur de l'ARH

Médecin anesthésiste-réanimateur de formation diplômé au milieu des années 1970, cette personne mène d'abord une carrière de médecin hospitalo-universitaire (statut MCU-PH) spécialisé en anesthésie-réanimation et en Santé publique. Il est nommé directeur de l'ARH de Basse-Normandie en 1996, poste qu'il occupe jusqu'à sa nomination à la tête de l'ARH d'Aquitaine à partir de 2000 et jusqu'en 2010.

Ce directeur s'intéresse à l'évaluation médicale et à la qualité hospitalière depuis le milieu des années 1980, en rapport avec ses fonctions de médecin anesthésiste, mais aussi avec une expérience de président du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) dans un établissement parisien. C'est à cette époque qu'il découvre les IQ de lutte contre les infections nosocomiales et « l'émulation positive » qui peut résulter de la comparaison des résultats des démarches qualité dans les différents établissements de l'AP-HP. Parmi ses sources d'inspiration, ce directeur mentionne également l'influence d'une formation au management par la qualité réalisée au Québec, et l'influence du « modèle américain » et de sa « culture du résultat ».

La personne en charge des infections nosocomiales (ARH - DRASS)

Médecin inspecteur à la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), cette personne est en charge du contrôle réglementaire impliquant des inspections sur sites. Spécialisée en santé publique et convaincue de l'utilité des indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales dont elle s'occupe depuis plusieurs années pour le compte de la DRASS, elle a été sollicitée par l'ARH pour assurer en parallèle un poste de « chargée de mission sur la qualité/sécurité des soins », qu'elle a accepté de bonne grâce. Dans le cadre de cette mission, elle est amenée à assurer le suivi des plaintes des patients, de la sécurité en radiothérapie, et des IQ de lutte contre les infections nosocomiales. En tant que « correspondante régionale » DRASS/ARH, elle est l'interlocutrice unique des établissements au sujet de ces IQ. C'est notamment elle qui est en charge de la vérification des données fournies par les établissements et du suivi de ces indicateurs dans les projets GINQA et GINQA-Medina.

La personne en charge du travail sur le bon usage des médicaments (OMEDIT)

Cette pharmacienne de formation est en charge de la cellule « qualité du circuit du médicament », au sein de l'observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT). L'ARH lui délègue la maîtrise d'ouvrage de la coordination de la politique régionale du médicament. Dès 1996, cette personne participe à la création et à l'animation du « comité régional de la sécurité sanitaire », qui s'attache à promouvoir les bonnes pratiques de gestion des risques, de manière transversale aux différents champs sanitaires. Sous l'égide de la DRASS, le domaine de la régulation du médicament constitue alors un vaste chantier autour de forts enjeux : iatrogénie, prescriptions abusives, développement des résistances aux antibiotiques. Au milieu des années 2000, lorsque le médicament devient l'objet d'un investissement institutionnel fort, l'ARH sollicite cette experte sur le sujet pour mettre en place l'OMEDIT.

Doté d'une autonomie budgétaire, l'OMEDIT est étroitement articulé à l'ARH : il accède notamment à ses bases de données. En charge de l'observation des prescriptions régionales, l'OMEDIT est aussi à l'origine d'actions de promotion des bonnes pratiques médicamenteuses (réduction de la consommation d'antibiotiques, réduction des dépenses liées à de mauvais usages des médicaments). C'est pour se doter de moyens de mesurer l'atteinte des objectifs liés aux contrats de bon usage du médicament que cette personne travaille, depuis plusieurs années, à l'élaboration d'indicateurs rassemblés dans un tableau de bord régional intitulé ICALIAM (indicateur composite des activités de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse).

Le comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA)

Voir profil 5 ci-après.

Profil 4. Les dix organismes régionaux affiliés à la FORAP

Source : site Internet de la FORAP, consulté en septembre 2013



CCECQA : Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine

CEPPRAL : Coordination pour l'évaluation des pratiques professionnelles en santé en Rhône-Alpes

E3P : Evaluation des pratiques professionnelles en santé en Poitou-Charentes

EPSILIM : Expertise, performance et systèmes d'information en Limousin

EVAVOR : Organisation régionale de l'évaluation en santé en Lorraine

GREQUAU : Groupe Régional pour la qualité en Auvergne

Qualisanté44 : Réseau départemental qualité, gestion des risques, évaluation en santé

RBNSQ : Réseau bas-Normand santé qualité

RéQua : Réseau qualité des établissements de Franche-Comté

RSQ : Réseau santé qualité

Profil 5. Un comité « pionnier » en Aquitaine : le CCECQA

Inscrit dans une région qui se veut « proactive », étroitement articulé à la recherche en santé publique, le comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA) est le pionnier des organismes régionaux de qualité, considéré par beaucoup comme un « modèle » des ORQ. De statut « association loi 1901 », le comité est financé pour moitié par l'Agence Régionale d'Aquitaine, pour moitié par les établissements adhérents à l'association. S'ajoutent à ces financements régionaux des contrats de recherche pour la réalisation d'études nationales pour le compte du ministère et de la HAS.

Une fondation inscrite dans une ambition régionale de recherche en santé publique

La fondation du CCECQA a lieu en 1996, à l'initiative du « groupe de réflexion et d'animation des hôpitaux publics d'Aquitaine » (GRAHPA), dans le contexte du déploiement de la mouvance de l'évaluation et de l'essor des démarches de qualité en France. La volonté de créer un « comité aquitain » s'inscrit alors dans une situation régionale particulière, autour du développement d'un pôle aquitain de recherche universitaire en santé publique, l'Institut de Santé Publique et de Développement (ISPED), au sein duquel exercent des « grands noms » de la recherche en santé publique, comme Michel Amouretti ou René Salomon. Cette volonté de mettre en place un organisme régional de recherche en évaluation rejoint alors la volonté du directeur de la DRASS en Aquitaine d'inciter les établissements régionaux à mutualiser leurs compétences en matière d'évaluation, notamment pour faire face à l'essor attendu de l'accréditation des établissements.

Une évolution marquée par la réalisation d'enquêtes pour les institutions publiques

Dirigé par un médecin en santé publique spécialisé en métrologie, Philippe Michel (voir portrait 3), le CCECQA prend d'abord à la fin des années 1990 la forme d'un réseau d'établissements publics, qui s'investissent dans des projets en lien avec l'évaluation médicale, les audits ou la démarche qualité. L'équipe est hébergée dans des locaux du CHU de Bordeaux, mais dispose dès le départ d'une autonomie financière complète par rapport à l'établissement.

Au cours des années 2000, la structure croît considérablement, passant de cinq à douze salariés. Les thèmes de travail s'élargissent progressivement aux « indicateurs de qualité », à la « gestion des risques », à la « prévention des événements indésirables », au « lien entre management et amélioration de la qualité », et à la « culture de sécurité » dans les établissements. Le taux d'établissements sanitaires de la région adhérents croît jusqu'à représenter la quasi-totalité des établissements de la région.

Au-delà de son rôle régional, le CCECQA s'investit progressivement au cours des années 2000 dans des études pour le compte des institutions publiques, souvent d'ampleur « nationale » : en 2003, il est maître d'œuvre pour la DREES de l'étude nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS) ; il s'investit dans le projet COMPAQH entre 2003 et 2005 ; il est maître d'œuvre des projets GINQA (en 2006) puis GINQA-MEDINA (en 2008) pour le compte de l'ARH d'Aquitaine ; il est l'un des partenaires de l'étude sociologique d'impact de la généralisation nationale d'indicateurs (IMGENI) commandée par la HAS en 2010 ; il participe en 2010 à la création du consortium de recherche CLARTE.

Profil 6. Un réseau « pionnier » en Franche-Comté : le REQUA

Le Réseau Qualité (REQUA) est un « groupement d'intérêt public », financé pour moitié par l'Agence régionale, et pour moitié par une cotisation d'établissements de santé adhérents.

Une fondation sous l'égide de l'ARH

Le REQUA a été fondé entre 1999 et 2002, sous l'impulsion du directeur de l'ARH de Franche-Comté, qui a inséré dans le schéma régional d'organisation sanitaire de la région une injonction à la mutualisation en matière de qualité et de gestion des risques. Le directeur de l'ARH sollicite un médecin qui était alors chargé de mission à l'ANAES pour prendre la tête de l'organisme, auquel adhèrent rapidement une vingtaine d'établissements « fondateurs ». Le premier directeur du REQUA s'appuie alors sur certains de ses contacts en Franche-Comté, parmi lesquels quatre médecins hospitaliers investis dans les démarches d'amélioration de la qualité, en lien notamment avec la certification des établissements.

Une évolution en forme de *success-story*

Le REQUA est reconnu officiellement comme un groupement d'intérêt public en 2002. Au cours de ses premières années d'existence, il construit son autonomie vis-à-vis de l'ARH et de ses établissements fondateurs : il s'agit de ne pas apparaître comme « le bras armé » de la tutelle régionale, ou comme la propriété du CHU de Besançon, qui héberge la SRQ à l'intérieur de ses locaux. La construction d'un « équilibre » dans le financement (50% ARH, 50% établissements adhérents) permet notamment l'acquisition de matériel de fonctionnement et l'installation dans des locaux indépendants.

L'organisme connaît une croissance organisationnelle importante entre 1999 et 2010, passant de quatre salariés à temps partiel (2,8 équivalents temps plein) à une équipe d'une petite dizaine de personnes (5,8 équivalents temps plein). La proportion d'établissements adhérents croît continuellement jusqu'à atteindre l'exhaustivité (à l'exception d'un seul établissement).

Les thèmes de travail du REQUA évoluent considérablement au cours de son histoire. Amorcées avant 2005 autour de « l'information », de la « satisfaction », du « dossier » du patient et de la « gestion des risques », les activités du REQUA s'étendent à partir de 2005 à « l'évaluation des pratiques professionnelles », « la certification des établissements de santé », « les indicateurs de qualité », puis à partir de 2009 à « l'évaluation du management » et au « circuit du médicament ».

Le REQUA diversifie également ses types d'activité : en plus du « programme thématique » régional, il propose progressivement un « travail d'accompagnement à la carte » aux établissements qui en font la demande, ainsi qu'une « veille juridique » mise à disposition des établissements de la région, mais aussi « d'abonnés documentaires » extérieurs à la région mais invités à la « journée régionale » annuelle organisée par l'organisme.

De plus en plus sollicité, le REQUA contractualise avec la DRASS au sujet du suivi de l'hémovigilance, avec l'ARH sur l'outillage du suivi de la mise en place des commissions de relations avec les usagers, etc.

Profil 7. Un groupe auvergnat à l'histoire tumultueuse : le GREQUAU

Le groupe régional sur la qualité en Auvergne (GREQUAU), qui prend la forme d'une « association loi 1901 », a connu une histoire tumultueuse, marquée par un faible soutien institutionnel et une grande difficulté à pérenniser des actions régionales. En 2010, il ne dispose d'aucun financement institutionnel. Quasiment tous les établissements de cette « petite » région sont pourtant adhérents au GREQUAU.

L'impossible fondation du GREQUAU, autour de médecins « pionniers » de la qualité en Auvergne

Les origines du GREQUAU remontent à la période 1995-1998, lorsque quelques « pionniers » de la qualité (pour l'essentiel des médecins hospitaliers et des médecins en santé publique de la région) entreprennent d'organiser l'évaluation en santé à l'échelle de l'Auvergne. Ces « pionniers » amorcent d'abord des réflexions collectives, d'une part avec les industriels investis dans la branche aquitaine du mouvement français pour la qualité (MFQ) ; d'autre part avec des réseaux de soin (périnatal, oncologie, urgences). Pourtant, ce « premier GREQUAU » n'aboutit pas, ni l'ARH ni le CHU de Clermont-Ferrand ne considérant qu'ils doivent le financer.

Le groupe est finalement officiellement fondé sous la forme d'une association en 2005, autour d'un PU-PH de Santé publique exerçant au CHU de Clermont-Ferrand. Ce premier président du GREQUAU s'est attaché à mobiliser autour du projet l'ensemble des acteurs médicaux investis dans l'évaluation et la qualité d'Auvergne. Bénéficiant d'un financement par le CHU de Clermont-Ferrand, le GREQUAU a alors pour mission de fédérer des échanges locaux, de mettre en commun les compétences des différents établissements de la région qui souhaitent « se serrer les coudes » face à l'essor des démarches d'accréditation, d'évaluation des pratiques professionnelles, et d'indicateurs généralisés.

Entre 2005 et 2007, le GREQUAU est entièrement dépendant du CHU, qui l'héberge. Sur fond de conflits entre certains gestionnaires de l'établissement et certains acteurs de l'association, le CHU cesse de financer le GREQUAU en 2007, qui reste en sommeil pendant plusieurs mois.

La « refondation » de la fin des années 2000 et l'esquisse d'un soutien institutionnel croissant

Entre 2008 et 2009, le GREQUAU, toujours hébergé au CHU mais sans ressource financière propre, connaît une « seconde vie », autour de projets transversaux à la région en lien avec la préparation de la certification, et l'accompagnement des établissements dans la généralisation des indicateurs de qualité.

A cette occasion, le GREQUAU renouvèle une partie des membres de son bureau, auquel sont invités à participer des représentants de la tutelle régionale (ARH et DRASS). En 2008, le groupe rejoint la fédération des organismes régionaux pour l'amélioration des pratiques et des organisations en santé (FORAP), qui lui donne une visibilité plus importante. En 2009, la HAS le reconnaît de plus comme un « organisme agréé » dans l'évaluation des pratiques professionnelles.

Au moment de l'entretien, en 2010, dans le contexte des nouvelles responsabilités en termes de « qualité » confiées aux Agences régionales par la loi HPST, l'Agence régionale d'Auvergne venait d'initier un rapprochement vis-à-vis du GREQUAU, qui laissait espérer à ses acteurs un renouveau de ses activités, et une reconnaissance nouvelle de la part de la future ARS, susceptible de garantir enfin la pérennité financière et organisationnelle de l'association.

Profil 8. Une coordination récente en Rhône Alpes : la CEPPRAL

Créée en 2005, la coordination pour l'évaluation des pratiques professionnelles en santé en Rhône-Alpes (CEPPRAL) est une association loi 1901 qui promeut l'évaluation de la qualité à l'échelle de cette « grande » région. Initialement subventionnée par la HAS, la CEPPRAL vit principalement des cotisations des établissements adhérents, et des « prestations » réalisées par un réseau de 40 experts dans ces établissements.

Une création tardive, impulsée par la HAS et entreprise par un chercheur-expert

La création de la CEPPRAL a été décidée en 2005, suite à une réunion organisée dans la région par la HAS. L'un des artisans de cette création est Cyrille Colin, médecin et chercheur en épidémiologie aux Hôpitaux Civils de Lyon (voir portrait 4 ci-avant), qui milite auprès du directeur de l'ARH et du président de l'union régionale des médecins libéraux (URML) en faveur de la création d'un organisme qui ressemblerait au CCECQA ou au REQUA dans la région Rhône-Alpes. Cyrille Colin préside le conseil d'administration de la CEPPRAL.

La coordination s'appuie sur le réseau régional de la petite équipe de médecins qui participent à sa fondation pour proposer des activités de conseil et d'accompagnement les établissements adhérents. L'objectif affiché est de coordonner un partage d'expériences entre les 350 établissements de Rhône Alpes, d'apporter de l'information sur les évolutions institutionnelles en rapport avec l'évaluation dans le domaine de la santé, et d'accompagner les établissements dans leurs démarches d'évaluation.

Une organisation de conseil à la croissance rapide

En dépit de l'absence de financement par l'Agence régionale, qui soutient symboliquement la coordination sans contribuer à son budget, la CEPPRAL a connu une croissance organisationnelle importante au cours de ses cinq premières années. L'équipe permanente a crû considérablement entre 2005 et 2010, passant de 0,5 à 6 équivalents temps plein. D'après le rapport d'activité 2010, 194 établissements (sur environ 300 de la région Rhône-Alpes) ont adhéré à la CEPPRAL depuis sa création.

Une originalité de la CEPPRAL tient dans le fait que ses ressources proviennent, pour une part importante, des « prestations » facturées aux établissements lors des séances de formation. Ce « marché » indirect du conseil prend son essor dans le cadre des démarches portées par les institutions nationales : agréée par la HAS en aout 2006, la CEPPRAL a notamment « accompagné » les établissements dans les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles au sein des établissements, en lien avec la certification, avec l'obligation individuelle de validation des démarches d'EPP pour les professionnels médicaux, et avec la démarche de généralisation nationale d'indicateurs.

Cette croissance s'est accompagnée d'une évolution des thèmes de travail, ajoutant aux démarches « d'évaluation de la qualité » en lien avec la certification et les évaluations des pratiques professionnelles de nouvelles thématiques, comme la « sécurité des soins » (iatrogénie médicamenteuse, sécurité en chirurgie, déclaration des événements indésirables graves, etc.), et un travail prospectif vers des activités d'accompagnement d'établissements médico-sociaux.

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-----------|
| Remerciements..... | 5 |
| SOMMAIRE..... | 7 |
| Liste des abréviations et sigles utilisés..... | 9 |
| INTRODUCTION GENERALE..... | 11 |
| 1. Essor de l’auditabilité et processus de rationalisation..... | 12 |
| 1) Comment rendre compte du mouvement transversal en faveur de l’auditabilité ?..... | 12 |
| La prolifération de dispositifs d’auditabilité..... | 12 |
| Un processus wébérien de rationalisation du monde ?..... | 14 |
| Une multiplicité de dynamiques de rationalisation ?..... | 15 |
| 2) L’hôpital comme laboratoire des dynamiques de rationalisation..... | 18 |
| Un contexte institutionnel en mutation..... | 18 |
| Une dynamique de rationalisation à forte visibilité : la maîtrise des dépenses de santé..... | 19 |
| Une dynamique de rationalisation discrète : l’évaluation médicale et les « indicateurs qualité »..... | 22 |
| 2. Les « indicateurs qualité » comme objet révélateur de la rationalisation à l’hôpital..... | 25 |
| 1) Les « indicateurs qualité » comme objet sociologique..... | 25 |
| L’objet empirique : dispositifs techniques et usages sociaux..... | 25 |
| La généralisation des indicateurs qualité comme objet sociologique..... | 26 |
| 2) Trois problèmes soulevés par la généralisation des indicateurs qualité à l’hôpital..... | 28 |
| Quelles transformations de l’action publique sanitaire ?..... | 28 |
| Quels effets sur l’autonomie des professionnels et des établissements ?..... | 29 |
| Quelle rencontre entre dynamiques institutionnelles et professionnelles ?..... | 30 |
| 3) L’argument transversal de la thèse : sociologie d’une rationalisation en douceur..... | 32 |
| 3. Saisir empiriquement la généralisation des IQ : aspects méthodologiques..... | 33 |
| 1) Une méthodologie ancrée dans la sociologie de l’action organisée..... | 33 |
| Saisir l’Etat « au concret » et « en action »..... | 33 |
| La démarche inductive et ses postulats méthodologiques..... | 34 |
| Une démarche attentive à la dimension instrumentale et cognitive de l’action publique..... | 36 |
| 2) Dispositif d’enquête et données empiriques..... | 37 |
| Une enquête institutionnelle..... | 37 |
| Une enquête bibliographique et bibliométrique..... | 38 |
| Des enquêtes dans quatre établissements de santé..... | 38 |
| Trois modes d’investigation articulés..... | 39 |
| 3) Plan d’ensemble de la thèse..... | 39 |
| PREMIÈRE PARTIE : Une entreprise de rationalisation ? | |
| Des pouvoirs publics en quête de mesures de la qualité des soins hospitaliers..... | 41 |
| Introduction de la première partie..... | 43 |
| 1. Interroger la genèse d’une entreprise de rationalisation incertaine..... | 43 |
| 2. Une sociologie de la carrière institutionnelle des indicateurs de qualité..... | 44 |

| | |
|---|-----------|
| Chapitre 1. « Les hôpitaux doivent rendre compte de la qualité » | |
| L'émergence tumultueuse d'un motif d'action publique | 47 |
| 1. Quand l'absence de mesure d'Etat devient un problème public..... | 49 |
| 1) Les palmarès hospitaliers, première forme de mesure publique qui échappe à l'Etat | 50 |
| Comment une entreprise journalistique innovante détourne des données institutionnelles | 50 |
| Des classements qui jettent l'opprobre sur le monde hospitalier et ses régulateurs..... | 53 |
| Les réactions professionnelles, entre dénonciation et collaboration..... | 54 |
| L'ambivalence des responsables politiques..... | 55 |
| La réaction des experts : une mise en controverse des mesures publiques de la performance..... | 56 |
| 2) Les « malades en mouvements » : mobilisation contre les infections nosocomiales..... | 58 |
| Entre scandales et quête de démocratie sanitaire : un contexte général de défiance..... | 58 |
| L'Affaire de la clinique du Sport et la mobilisation de l'association Le LIEN | 59 |
| Comment le LIEN revendique une « transparence » de l'Etat sur les infections nosocomiales | 61 |
| 3) De la licitation par l'Etat à la sollicitation de l'Etat..... | 63 |
| La licitation par l'Etat d'une mesure de la qualité hospitalière | 63 |
| La sollicitation de l'Etat pour des mesures légitimes de la qualité à l'hôpital..... | 65 |
| 2. Quand l'Etat cherche ses mesures : premières compositions d'un motif cognitif | 68 |
| 1) Le groupe IMAGE : les prémices d'une expertise d'Etat en évaluation de la qualité | 69 |
| Les premières réflexions sur la « mesure de la qualité » à partir du PMSI..... | 69 |
| Un espace de socialisation des experts aux questions de mesure de la qualité | 70 |
| 2) La recherche de mesures de la performance sous l'égide de la DREES (1999-2001)..... | 72 |
| Une première « réponse maîtrisée » des experts d'Etat aux attentes de transparence..... | 72 |
| L'importation d'un cadre théorique large et consensuel..... | 73 |
| Un projet qui accorde une place somme toute limitée aux « indicateurs »..... | 75 |
| 3) Un « guide rouge des indicateurs » patronné par l'UHP et l'ANAES (1999-2002)..... | 76 |
| La naissance d'une réflexion stratégique sur la mesure de la qualité à l'UHP | 77 |
| Les ambitions et les écueils d'un projet de recherche résolument pragmatique | 79 |
| La postérité intellectuelle et institutionnelle du « guide rouge des indicateurs »..... | 81 |
| 4) Un motif d'action publique : l'inscription de la mesure d'Etat sur l'agenda politique..... | 84 |
| La commande formelle de Jean François Mattéi pour un « palmarès d'Etat »..... | 84 |
| Organiser l'expertise : une réponse de l'administration en forme de compromis..... | 85 |
| Conclusion : la genèse d'une entreprise de rationalisation comme effet émergent | 87 |

| | |
|---|-----------|
| Chapitre 2. Quand l'Etat déploie ses mesures | |
| L'institutionnalisation prudente des indicateurs de qualité..... | 91 |
| 1. Quand les institutions investissent la mesure à bas bruit (2003 - 2006)..... | 93 |
| 1) COMPAQH-1 : un projet de recherche pour produire des IQ sans faire de vague | 94 |
| Un projet hybride et pragmatique..... | 95 |
| Le cadrage par la méthode..... | 96 |
| Les IQ sélectionnés : un cadrage technique aux enjeux très politiques | 99 |
| 2) Le positionnement initial ambivalent du ministère..... | 101 |
| La DHOS orchestre la « mise en œuvre » de la commande du ministre..... | 101 |
| La DREES s'investit dans des mesures alternatives de la qualité | 104 |
| 3) La HAS travaille la mesure en sourdine..... | 106 |
| Les réticences initiales vis-à-vis d'une mesure à des fins de comparaison publique..... | 106 |
| Un trio d'entrepreneurs de la mesure à l'intérieur de la HAS | 108 |
| Un travail de cadrage en sourdine opéré de l'intérieur de la HAS..... | 110 |

| | |
|--|-----|
| 2. Quand les institutions se disputent l'usage des indicateurs (2006 - 2010) | 112 |
| 1) « Des indicateurs pour certifier » : comment la HAS s'approprié la mesure..... | 113 |
| Le basculement du Collège en 2006 : une décision stratégique sous contrainte..... | 113 |
| Un nouvel équilibre institutionnel autour du déploiement d'IQ..... | 116 |
| La généralisation d'IQ par un service spécialisé à la HAS..... | 117 |
| Une intégration partielle des IQ et de la certification..... | 119 |
| La coexistence des IQ avec une « mesure » porteuse d'une régulation plus professionnelle | 121 |
| 2) « Des indicateurs à afficher » : les usages de la transparence par le ministère | 123 |
| A la DHOS : des IQ pour la politique de lutte contre les infections nosocomiales..... | 123 |
| De l'évitement du blâme à la revendication du crédit : les usages politiques des IQ | 125 |
| L'engagement croissant de la DREES dans la démarche de « mise en transparence » | 127 |
| 3) « Des indicateurs pour réguler » : l'entrée en jeu de la CNAM et de l'ANAP..... | 131 |
| L'Assurance maladie, son CAPI, et l'essor du paiement à la performance | 131 |
| L'ANAP, son outil Hospi Diag, et l'essor de la contractualisation | 133 |
| 4) COMPAQH-2 : un projet institutionnalisé, qui travaille les usages des IQ..... | 136 |
| Le cadrage institutionnel croissant du projet..... | 137 |
| Le cadrage cognitif d'une pluralité d'usages compatibles..... | 138 |
| 3. Quand les indicateurs sont formellement institutionnalisés (2009 - 2011)..... | 142 |
| 1) L'inscription consensuelle des IQ dans la loi HPST..... | 142 |
| Un consensus politique autour de l'affichage obligatoire des IQ | 142 |
| Un consensus politique ambigu..... | 144 |
| 2) Le rapport de l'IGAS : entre légitimation des IQ et formulation de leurs faiblesses..... | 146 |
| Des « demi-mesures » qui prêtent le flanc à la critique..... | 146 |
| Des institutions à la recherche d'usages plus affirmés pour un nombre croissant d'IQ..... | 148 |
| 3) Montée en puissance de la HAS et recomposition de la régulation hospitalière..... | 150 |
| Autonomisation de la HAS et compétition autour de la régulation publique de l'hôpital | 151 |
| Des IQ emprunts d'une régulation externe à la profession..... | 152 |
| Vers un renforcement de la légitimité institutionnelle de la HAS | 153 |
| Conclusion : gouverner par la « demi-mesure » | 157 |

Chapitre 3. « Gouverner par les indicateurs » ?

Ambivalence, plasticité et robustesse d'une technologie normative..... 161

| | |
|---|-----|
| 1. Des croyances réformatrices ambivalentes..... | 162 |
| 1) Des croyances réformatrices en un « gouvernement à distance »..... | 163 |
| Des indicateurs pour gouverner « à distance » ? | 163 |
| Des indicateurs pour gouverner « automatiquement » ?..... | 164 |
| Des indicateurs pour gouverner « avec visibilité » ?..... | 166 |
| Des indicateurs pour gouverner « en douceur » ?..... | 167 |
| 2) Les doutes et la réflexivité des réformateurs..... | 168 |
| Gouverner « en douceur »... par des indicateurs inefficaces ?..... | 169 |
| Des indicateurs aux effets « automatiques »... mais potentiellement pervers ? | 171 |
| Action publique « visible »... ou « leurre » d'une politique qualité ?..... | 172 |
| 2. Des savoirs hétérogènes en tension : la plasticité cognitive des IQ..... | 175 |
| 1) Un espace d'expertise autour des IQ..... | 175 |
| Un espace d'expertise pluriel, à dominante gestionnaire..... | 175 |
| Un corpus composé sous l'égide de l'Etat..... | 178 |
| Un espace intégré autour des questions métrologiques | 180 |

| | |
|---|------------|
| 2) L'hybridation de trois types de savoirs pragmatiques dans les IQ..... | 181 |
| Définir la qualité : la place des savoirs « médicaux »..... | 182 |
| Objectiver la qualité : la place des savoirs « épidémiologiques »..... | 183 |
| Trouver des leviers de rationalisation : la place des savoirs « normatifs »..... | 184 |
| 3) Une caractéristique essentielle des IQ : leur plasticité cognitive | 186 |
| Des savoirs pragmatiques en tension..... | 186 |
| Des tensions agencées dans la plasticité cognitive des IQ..... | 188 |
| 3. Des techniques métrologiques robustes : une technologie normative | 190 |
| 1) Tableau synchronique des IQ d'Etat au tournant des années 2010..... | 191 |
| Des techniques de mesure complexes et diversifiées : panorama des IQ déployés par l'Etat..... | 191 |
| Dimensions observées, dimensions occultées par les IQ d'Etat | 195 |
| 2) Le mode opératoire équivoque des IQ : décrire pour transformer | 197 |
| Une technologie d'objectivation et de transformation..... | 197 |
| Quantifier et évaluer : un appareil technique d'objectivation..... | 199 |
| Susciter la réactivité : un module d'affichage public..... | 201 |
| Normaliser et mettre en équivalence : un module de comparaison..... | 203 |
| Conclusion : l'étonnante charge normative des « demi-mesures »..... | 209 |
| Conclusion de la première partie | |
| Rationaliser par les indicateurs pour rationaliser en douceur | 211 |
| DEUXIÈME PARTIE : Une entreprise de rationalisation « à distance » ? | |
| Le travail multiforme d'une nébuleuse d'intermédiaires..... | 215 |
| Introduction de la deuxième partie | 217 |
| 1. Interroger la « distance » du gouvernement par les instruments..... | 217 |
| 2. Des appuis théoriques pour qualifier le travail intermédiaire | 218 |
| 3. Une sociologie du travail intermédiaire autour des IQ d'Etat | 221 |
| Chapitre 4. Construire des indicateurs « validés » | |
| Le travail métrologique des chercheurs-experts | 223 |
| 1. Une expertise à l'interstice de la médecine, de la science et de l'Etat..... | 225 |
| 1) Des chercheurs-experts aux profils hybrides | 225 |
| Une appartenance à la profession médicale..... | 226 |
| Une variété d'activités scientifiques..... | 227 |
| Des activités d'expertise institutionnelle..... | 229 |
| 2) Des projets de « recherche opérationnelle »..... | 230 |
| COMPAQH : une expertise centrale et proche des institutions publiques..... | 230 |
| CLARTE : le regroupement récent d'une pluralité d'expertises plus périphériques | 232 |
| 3) Deux philosophies de la mesure structurant l'instrumentation | 234 |
| COMPAQH : une expertise gestionnaire qui accorde la priorité aux usages institutionnels | 234 |
| CLARTE : une expertise de santé publique qui accorde la priorité aux usages professionnels..... | 235 |
| Appartenance à une même communauté épistémique et convergence dans l'instrumentation..... | 238 |
| 2. La fabrique de la « validité » des IQ d'Etat..... | 241 |
| 1) Construire l'objectivité des mesures : un travail métrologique..... | 241 |
| Doter les IQ de qualités métrologiques : construire une objectivité « absolue » | 241 |
| Une méthodologie pour valider les IQ : construire une objectivité « mécanique » | 244 |
| 2) Construire l'acceptabilité des mesures : un travail politique | 246 |

| | |
|--|------------|
| Un travail social d'intégration autour des instruments | 247 |
| Un travail idéologique pour mobiliser les professionnels dans les projets opérationnels | 249 |
| Un travail d'acculturation aux techniques de la mesure... et à ses usages | 252 |
| Conclusion : le travail métrologique comme mode d'intégration | 256 |
| Chapitre 5. Construire « l'acceptabilité » des indicateurs | |
| Le travail de négociation des représentants des professionnels..... | 259 |
| 1. L'engagement croissant des représentants des acteurs hospitaliers..... | 260 |
| 1) Les fédérations : un engagement inégal mais convergent..... | 260 |
| La qualité comme stratégie : la FFCLCC et la FHP | 261 |
| La qualité comme conformation : la FHF et la FEHAP | 263 |
| La convergence des fédérations dans l'usage des IQ à des fins de communication | 265 |
| 2) L'anesthésie-réanimation : de l'engagement professionnel autonome à l'intégration..... | 269 |
| L'engagement pionnier d'une discipline médicale en quête de légitimité..... | 269 |
| Une intégration croissante à la dynamique institutionnelle | 272 |
| 2. La fabrique de l'« acceptabilité » des IQ d'Etat | 275 |
| 1) Négocier le compromis autour des IQ : les représentants comme « courtiers » | 275 |
| Des représentants hospitaliers incontournables dans la construction des IQ | 275 |
| Positions communes et stratégies d'influence : la négociation des IQ par les fédérations..... | 276 |
| Les sociétés savantes d'anesthésie-réanimation : la négociation sous tension des IQ d'Etat | 279 |
| 2) Déployer l'auditabilité : les représentants comme « généralistes » | 282 |
| Un travail d'accompagnement méthodologique des adhérents..... | 282 |
| Une contribution au travail d'acculturation à l'évaluation | 285 |
| Une contribution au travail idéologique | 287 |
| Conclusion : le travail de négociation comme mode d'intégration | 289 |
| Chapitre 6. Entre « injonction » et « accompagnement » | |
| Le travail de déploiement régional des indicateurs d'Etat..... | 291 |
| 1. Les ressorts d'un déploiement institutionnel régional inégal mais croissant..... | 292 |
| 1) Des institutions régionales en mutation | 292 |
| Régionalisation de la régulation et essor de la contractualisation..... | 293 |
| La place incertaine de l'évaluation de la qualité dans le pilotage institutionnel régional | 294 |
| 2) Le cas typique d'un déploiement embryonnaire : l'Agence de Rhône-Alpes..... | 295 |
| Les limites d'un pilotage régional « bricolé » de la qualité | 295 |
| La place embryonnaire des IQ d'Etat dans le pilotage régional | 297 |
| 3) Le cas particulier d'un déploiement autoritaire : l'Agence d'Aquitaine | 300 |
| Un engagement précoce et stratégique dans l'évaluation de la qualité..... | 300 |
| Les usages équivoques des IQ dans la contractualisation régionale | 302 |
| Un travail symbolique pour construire l'autorité des IQ d'Etat..... | 303 |
| 2. Le déploiement en douceur des IQ par les « organismes régionaux de qualité » | 306 |
| 1) L'émergence d'organismes interstitiels qui promeuvent l'évaluation de la qualité..... | 307 |
| Une émergence en phase avec l'institutionnalisation nationale de la qualité | 307 |
| Des organismes régionaux au service des établissements de santé..... | 310 |
| Des organismes régionaux au service des institutions publiques..... | 312 |
| La position interstitielle stratégique des ORQ..... | 314 |
| 2) Un déploiement régional multi-facette des IQ d'Etat | 316 |
| Accompagnement régional et contribution au travail d'acculturation | 316 |

| | |
|---|------------|
| Séduire et rassurer : une contribution au travail idéologique à l'échelle régionale..... | 319 |
| Amortir les tensions institutionnelles : un déploiement régional opéré « en douceur »..... | 321 |
| Déploiement de l'évaluation externe et mise en tension de la position des ORQ..... | 324 |
| Conclusion : le travail de déploiement régional comme mode d'intégration | 327 |
| Conclusion de la deuxième partie | |
| Au cœur de la rationalisation en douceur : une nébuleuse intégratrice..... | 329 |
| TROISIÈME PARTIE : Une entreprise de rationalisation à l'épreuve de contextes professionnels organisés. Enquête dans quatre établissements de santé..... | 335 |
| Introduction de la troisième partie..... | 337 |
| 1. La vie locale des IQ, ou le « moment de vérité » de la thèse..... | 337 |
| 2. Une enquête pour saisir les indicateurs in vivo | 338 |
| 3. Une sociologie de l'enracinement local des IQ d'Etat..... | 340 |
| Chapitre 7. L'implantation locale des indicateurs d'Etat | |
| Les mécanismes pluriels d'une colonisation convergente..... | 343 |
| 1. Quatre établissements de santé dans leurs contextes | 345 |
| 1) Terroir et Saint Pierre : deux hôpitaux ancrés dans le service public | 345 |
| Deux hôpitaux insérés dans des contextes contrastés..... | 346 |
| Deux hôpitaux marqués par de sérieuses difficultés économiques..... | 347 |
| 2) Erables et Mont d'Or : deux cliniques privées à but lucratif..... | 350 |
| Deux cliniques indépendantes à actionariat médical insérées dans des contextes similaires..... | 350 |
| Deux cliniques marquées par des situations économiques divergentes | 352 |
| 2. Les directions d'établissement : des engagements contraints..... | 355 |
| 1) Terroir et Saint Pierre : la qualité sous contrainte administrative | 356 |
| Des engagements dans la démarche qualité en réponse aux injonctions étatiques | 356 |
| La mobilisation des IQ : jouer le jeu des tutelles... et de la concurrence | 359 |
| 2) Erables et Mont d'Or : la qualité sous pression concurrentielle..... | 362 |
| Des engagements dans la démarche qualité pour se démarquer de la concurrence | 362 |
| La mobilisation des IQ : jouer le jeu de la concurrence... et des tutelles | 365 |
| 3. Les gestionnaires de la qualité : des appropriations managériales | 367 |
| 1) Erables et Saint Pierre : les ressorts d'une forte appropriation | 368 |
| Des usages managériaux de la mesure par des experts qualité en position hiérarchique..... | 369 |
| Le service qualité des Erables : une appropriation des IQ par substitution | 370 |
| La cellule qualité de l'hôpital Saint Pierre : une appropriation des IQ par symbiose | 373 |
| 2) Mont d'Or et Terroir : les ressorts d'une appropriation émergente | 375 |
| La délicate mobilisation des IQ par des experts proches des activités de soin | 376 |
| Des stratégies de découplage entre IQ d'Etat et démarches qualité locales..... | 379 |
| L'émergence d'usages managériaux des IQ d'Etat | 380 |
| 4. Le milieu soignant : des adhésions professionnelles à géométrie variable..... | 383 |
| 1) L'engagement volontaire des professionnels du « premier cercle » de la qualité..... | 384 |
| Une minorité de « croyants » qui participent activement à la démarche qualité..... | 384 |
| L'adhésion de segments professionnels placés à l'avant-garde de l'évaluation | 386 |
| Des usages stratégiques de la qualité et de sa mesure | 390 |
| 2) La participation cérémonielle des professionnels du « deuxième cercle » de la qualité.... | 393 |

| | |
|--|------------|
| Une majorité de professionnels agnostiques par rapport à la démarche qualité..... | 393 |
| Des mobilisations formelles marquées par la contrainte | 395 |
| 3) L'opposition ouverte mais passive des professionnels du « dernier cercle »..... | 398 |
| Distance et défiance : une variété de professionnels « incrédules » | 398 |
| Les ressorts de formes d'oppositions passives | 400 |
| Conclusion : une colonisation qui émerge entre contraintes et appropriations..... | 403 |
| Chapitre 8. Les « missionnaires » de la qualité à l'hôpital | |
| Hierarchie intermédiaire et travail local d'intégration | 407 |
| 1. La légitimation d'un nouveau rouage hiérarchique à l'hôpital | 409 |
| 1) Une nouvelle fonction hiérarchique intermédiaire..... | 409 |
| Des experts aux parcours et aux profils hybrides | 410 |
| Un nouveau rouage vertical entre direction et soignants | 413 |
| Un nouveau rouage vertical entre institutions publiques et acteurs hospitaliers..... | 415 |
| 2) Une légitimité conquise de haute lutte | 420 |
| Les « débuts difficiles » des experts, ou les ressorts d'une hostilité quasi-généralisée | 420 |
| La conquête progressive d'une légitimité..... | 422 |
| 2. La « main visible » des qualitatifs à l'hôpital..... | 426 |
| 1) « Prêcher » la qualité : la dimension sociale du travail d'intégration | 426 |
| A la source de l'expertise : des connaissances et des compétences diversifiées..... | 426 |
| Un portage multi vocal de la qualité adapté à la plurivocité des positionnements professionnels..... | 430 |
| 2) « Négocier la qualité » : la dimension stratégique du travail d'intégration | 435 |
| Négocier ses compétences contre un engagement en qualité | 435 |
| Tisser sa toile de relais locaux..... | 437 |
| Conclusion : une intégration bureaucratique opérée « en douceur » | 442 |
| Chapitre 9. Les effets locaux des indicateurs d'Etat | |
| Une dynamique de rationalisation aux deux visages | 445 |
| 1. Une dynamique de rationalisation professionnelle ? | 447 |
| 1) Mesure de la qualité et normalisation des pratiques professionnelles..... | 448 |
| Un vaste mouvement de normalisation des pratiques à l'hôpital..... | 448 |
| IQ et normalisation des pratiques d'hygiène | 450 |
| IQ et normalisation de la prévention des infections associées aux soins | 452 |
| 2) Mise en traçabilité et rationalisation de la coordination du travail de soin..... | 455 |
| IQ et essor de la traçabilité des pratiques hospitalières | 455 |
| La valorisation de pratiques tracées par les IQ..... | 457 |
| Une traçabilité au service de la continuité des soins..... | 460 |
| 3) L'enracinement local d'une approche « <i>evidence-based</i> » des activités médicales..... | 462 |
| Les indicateurs, ou l'essor d'une approche plus transversale du soin..... | 463 |
| Les EPP, ou l'essor d'une évaluation quantitative des pratiques professionnelles | 465 |
| Les RMM, ou l'émergence d'un contrôle plus collectif de l'activité professionnelle | 468 |
| 2. Une dynamique de rationalisation industrielle ?..... | 472 |
| 1) Contrôle, concurrence et discipline..... | 473 |
| Auditabilité, contrôlabilité et surveillance..... | 473 |
| Mise en équivalence, concurrence et comparaison..... | 477 |
| Une révolution cognitive : l'acceptation croissante de formes de contrôle extérieures | 481 |
| 2) Rationalisation, bureaucratisation et désenchantement..... | 484 |

| | |
|--|------------|
| La qualité comme pendant d'une rationalisation économique brutale..... | 485 |
| Le poids de la traçabilité, ou le fardeau de la bureaucratisation | 487 |
| Un certain désenchantement du monde hospitalier | 491 |
| Conclusion : une dynamique de rationalisation institutionnelle | 496 |
| Conclusion de la troisième partie | |
| La force inattendue de la rationalisation en douceur | 499 |
| CONCLUSION GENERALE | 503 |
| 1. Comment les indicateurs qualité rationalisent l'hôpital en douceur | 504 |
| 2. Pistes de recherche complémentaires | 510 |
| BIBLIOGRAPHIE | 515 |
| 1. Articles, ouvrages, chapitres d'ouvrage et travaux universitaires..... | 515 |
| 2. Rapports, littérature grise et articles dans des revues professionnelles..... | 529 |
| ANNEXES | 535 |
| ANNEXE 1 : Parcours de recherche..... | 537 |
| ANNEXE 2 : Méthodologie de l'enquête institutionnelle | 539 |
| ANNEXE 3 : Méthodologie de l'enquête sur les « sources écrites » | 547 |
| ANNEXE 4 : Méthodologie de l'enquête dans les établissements | 555 |
| ANNEXE 5 : Chronologie de la carrière institutionnelle des IQ d'Etat | 567 |
| ANNEXE 6 : Les IQ d'Etat généralisés en 2010..... | 571 |
| ANNEXE 7 : La nébuleuse intégratrice autour des IQ | 573 |
| TABLE DES MATIERES | 591 |
| LISTE DES FIGURES, TABLEAUX ET ENCADRES | 599 |
| Liste des figures | 599 |
| Liste des tableaux | 599 |
| Liste des encadrés | 599 |
| Liste des portraits d'acteurs..... | 600 |
| Liste des profils d'organisations | 600 |

LISTE DES FIGURES, TABLEAUX ET ENCADRES

Liste des figures

| | |
|---|-----|
| Figure 1. Méthode COMPAQH de validation d'indicateurs (synthèse)..... | 98 |
| Figure 2. Les indicateurs de qualité mobilisés dans Hospi Diag..... | 135 |
| Figure 3. Constitution du corpus dans le temps et par types de savoir..... | 176 |
| Figure 4. Répartition des sources par principal type de savoir..... | 176 |
| Figure 5. Répartition des sources par profil des auteurs..... | 177 |
| Figure 6. Catégorisation du corpus par type de publications..... | 178 |
| Figure 7. Espace de publication des sources dont les auteurs sont des « chercheurs »..... | 179 |
| Figure 8. Evolution de la part relative des sources COMPAQH et CLARTE..... | 239 |
| Figure 9. Méthode de développement d'un indicateur COMPAQH (détails)..... | 245 |
| Figure 10. Les IQ d'Etat dans le benchmarking externe de la FFCLCC..... | 266 |
| Figure 11. L'accompagnement de l'affichage public par la FEHAP..... | 283 |
| Figure 12. Benchmarking sur l'indicateur de « traçabilité de la douleur » (TRD)..... | 284 |
| Figure 13. Les ORQ, des organismes interstitiels..... | 315 |
| Figure 14. Extrait du tableau de bord régional « qualité et risques » du REQUA..... | 317 |
| Figure 15. Echanges entre le CCECQA et les établissements autour de GINQA..... | 319 |
| Figure 16. Représentation graphique de la « nébuleuse » autour des IQ d'Etat..... | 330 |
| Figure 17. Schéma du processus de colonisation des établissements par les IQ d'Etat..... | 404 |
| Figure 18. Graphique QHALHAS utilisé en CME (CH du Terroir, 2009)..... | 428 |
| Figure 19. Tableau de bord médical diffusé en 2008 (Erables)..... | 428 |
| Figure 20. Chronologie..... | 568 |
| Figure 21. Représentation graphique de la « nébuleuse intégratrice » (annexe)..... | 573 |

Liste des tableaux

| | |
|---|-----|
| Tableau 1. Principales caractéristiques des quatre établissements d'enquête..... | 339 |
| Tableau 2. Synthèse comparative des quatre établissements dans leurs contextes..... | 355 |
| Tableau 3. Liste des entretiens institutionnels..... | 542 |
| Tableau 4. Liste des observations institutionnelles..... | 545 |
| Tableau 5. Présentation synthétique des quatre établissements d'enquête..... | 556 |
| Tableau 6. Présentation synthétique des entretiens réalisés dans les quatre établissements..... | 559 |
| Tableau 7. Liste des entretiens au CH du Terroir..... | 560 |
| Tableau 8. Liste des observations au CH du Terroir..... | 561 |
| Tableau 9. Liste des entretiens à la Clinique des Erables..... | 562 |
| Tableau 10. Liste des observations à la Clinique des Erables..... | 563 |
| Tableau 11. Liste des entretiens à l'Hôpital Saint Pierre..... | 564 |
| Tableau 12. Liste des entretiens à la Clinique Mont d'Or..... | 565 |
| Tableau 13. Liste des observations à la Clinique Mont d'Or..... | 565 |

Liste des encadrés

| | |
|---|-----|
| Encadré 1. Sommaire du dossier « Faut-il classer les hôpitaux ? », La Recherche (1999)..... | 57 |
| Encadré 2. Sommaire du dossier publié dans Solidarité et santé (Lombrail et al., 2001)..... | 74 |
| Encadré 3. Les « pères fondateurs » de la qualité..... | 181 |
| Encadré 4. Exemple de savoir médical : les bonnes pratiques professionnelles et indicateur DAN..... | 182 |
| Encadré 5. Exemple de savoir épidémiologique : deux problèmes métrologiques des indicateurs de mortalité..... | 184 |
| Encadré 6. Exemple de « savoir normatif » : des travaux consacrés à la régulation de la qualité..... | 186 |
| Encadré 7. Panorama d'ensemble des IQ d'Etat en 2010..... | 191 |

| | |
|--|-----|
| Encadré 8. ICALIN, un indicateur de processus | 192 |
| Encadré 9. ICSHA, un indicateur de moyens..... | 192 |
| Encadré 10. TDP, un indicateur de traçabilité à l'échelle du dossier de soin..... | 193 |
| Encadré 11. TRD, un indicateur de traçabilité des pratiques infirmières..... | 193 |
| Encadré 12. DAN, un indicateur de traçabilité pour les anesthésistes | 194 |
| Encadré 13. SURVISO, un indicateur binaire..... | 195 |
| Encadré 14. Les qualités métrologiques d'un « bon indicateur » selon l'ANAES..... | 198 |
| Encadré 15. Des IQ pour projeter une « image de la qualité hospitalière » | 200 |
| Encadré 16. Des IQ conçus pour être affichés publiquement | 201 |
| Encadré 17. Un outillage de comparaison..... | 204 |
| Encadré 18. Illustration : le travail métrologique réalisé sur l'indicateur TDP..... | 243 |
| Encadré 19. Les problèmes métrologiques posés par le taux de mortalité dans les GHM à faible risque..... | 243 |
| Encadré 20. Exemple d'article pour sensibiliser les médecins au projet COMPAQH..... | 250 |
| Encadré 21. Communiqué de presse publié par la FFCLCC (extraits) | 267 |
| Encadré 22. Hôpital.fr : la réappropriation de la transparence par la FHF..... | 268 |
| Encadré 23. Quelques indicateurs de qualité « maison » de l'ARH Rhône-Alpes..... | 296 |
| Encadré 24. Les principales activités d'accompagnement des ORQ | 310 |
| Encadré 25. Grille d'analyse des sources écrites | 550 |
| Encadré 26. Sommaire de la bibliographie consacrée aux IQ en France | 551 |
| Encadré 27. Documentation recueillie au CH du Terroir..... | 561 |
| Encadré 28. Documentation recueillie à la Clinique des Erables..... | 563 |
| Encadré 29. Documentation recueillie à l'Hôpital Saint Pierre..... | 564 |
| Encadré 30. Documentation recueillie à la Clinique Mont d'Or..... | 565 |
| Encadré 31. Vue d'ensemble des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales du ministère | 571 |
| Encadré 32. Vue d'ensemble des indicateurs de qualité de la prise en charge (Haute Autorité de santé)..... | 572 |

Liste des portraits d'acteurs

| | |
|---|-----|
| Portrait 1. Un profil de « chercheur gestionnaire » : Etienne Minvielle..... | 576 |
| Portrait 2. Un profil de « professeur en santé publique » : Pierre Lombrail..... | 577 |
| Portrait 3. Un profil de « chercheur en évaluation médicale » : Philippe Michel | 578 |
| Portrait 4. Un profil de « professeur en épidémiologie » : Cyrille Colin | 579 |
| Portrait 5. Un « pionnier » de l'évaluation en réanimation : Philippe Loirat | 583 |
| Portrait 6. Un anesthésiste de la « seconde génération » de l'évaluation : le vice-président de la SFAR | 584 |
| Portrait 7. Les pionniers de l'évaluation de la qualité en Aquitaine..... | 585 |

Liste des profils d'organisations

| | |
|---|-----|
| Profil 1. Le BAQIMEHP, une expertise « qualité » au sein de la FHP..... | 580 |
| Profil 2. La figure de proue de la FFCLCC : le département "qualité – indicateurs"..... | 581 |
| Profil 3. Deux sociétés savantes en anesthésie-réanimation : la SRLF et la SFAR | 582 |
| Profil 4. Les dix organismes régionaux affiliés à la FORAP | 586 |
| Profil 5. Un comité « pionnier » en Aquitaine : le CCECQA | 587 |
| Profil 6. Un réseau « pionnier » en Franche-Comté : le REQUA | 588 |
| Profil 7. Un groupe auvergnat à l'histoire tumultueuse : le GREQUAU | 589 |
| Profil 8. Une coordination récente en Rhône Alpes : la CEPPRAL..... | 590 |