ST 31 : « Rendre faillible le secteur public »

Hugo Bertillot
Chercheur postdoctoral à l'EHESP, chercheur associé au CSO (CNRS/Sciences Po)
hugo.bertillot@gmail.com

De la mise en crise à la mise en transparence de la qualité hospitalière

La carrière institutionnelle des « indicateurs qualité » en France

Depuis plusieurs décennies, le secteur hospitalier français est affecté par des réformes prétendant optimiser son organisation et sa régulation (Moisdon, 2000 ; Pierru, 2007), faisant de ce secteur un véritable laboratoire des démarches de rationalisation gestionnaire. En parallèle du déploiement à forte visibilité d'instruments de tarification inspirés des logiques du *New Public Management*, des dispositifs d'évaluation de la qualité des soins ont été discrètement généralisés par les pouvoirs publics depuis la fin des années 1990. Ces deux mouvements se rejoignent pour rendre les établissements de santé davantage « auditables » (Power, 2005) et porter l'idée que les services hospitaliers sont des organisations « comme les autres » qui peuvent « faillir », en matière de finances comme en matière de qualité. Pour autant, là où le premier mouvement se fait le vecteur d'une rationalisation économique dure et conflictuelle de l'hôpital, mettant les établissements « sous pression » (Belorgey, 2010) voire « en réanimation » (Mas et al., 2011), le second s'apparente plutôt un « compromis institutionnel » entre l'Etat et les professionnels de santé (Robelet, 2002), ces derniers étant susceptibles de mobiliser les instruments qualité dans une logique de rationalisation professionnelle non réductible à une standardisation industrielle (Castel et Robelet, 2009).

Cette communication prend pour objet la forme discrète que prend cette « mise en faillibilité » en matière de qualité, telle qu'elle est révélée par le déploiement d'*indicateurs qualité* (IQ) depuis le milieu des années 2000[1]. Austères et techniquement complexes, les IQ évaluent la structuration des établissements dans la lutte contre les infections nosocomiales, la traçabilité des activités médicales et paramédicales dans le dossier patient, ou encore la

[1] Cette communication s'appuie sur une sélection de résultats d'une thèse de sociologie de l'action publique qui montre comment les IQ « rationalisent en douceur » le secteur hospitalier (Bertillot, 2014). Ancrée dans la sociologie de l'action organisée (Musselin, 2005), l'approche mobilisée prend au sérieux les IQ dans leur dimension instrumentale (Lascoumes & Le Galès [dir.], 2004) et cognitive (Benamouzig, 2005). La thèse saisit cette action publique depuis sa genèse institutionnelle – dont il est question ici –, jusqu'à son déploiement effectif dans les établissements – qui n'est pas l'objet principal de cet article. Nous nous appuyons ici essentiellement sur l'analyse d'une cinquantaine d'entretiens auprès des acteurs de la construction de cette action publique et d'un corpus 170 sources écrites consacrées aux IQ entre 1995 et 2011. Quelques entretiens avec des acteurs hospitaliers sont aussi mobilisés pour illustrer certains mécanismes à l'œuvre autour des IQ.

conformité des pratiques aux normes professionnelles et bureaucratiques. Ouverts sur une pluralité d'usages sociaux, ces « indicateurs d'Etat » sont loin d'être des outils techniques neutres : ils sont de plus en plus utilisés pour comparer les établissements, afficher publiquement l'évaluation des prises en charge, justifier des décisions administratives d'autorisation d'activité ou de restructuration d'établissements. Censés informer les patients, doter les gestionnaires et les professionnels d'outils pour améliorer la qualité et rationaliser la régulation du secteur, leurs usages en termes de contractualisation et de tarification hospitalière sont en train de s'imposer avec force. Ainsi, l'étude sociologique de la carrière institutionnelle de ces IQ offre une prise empirique pour analyser de quelle manière originale les hôpitaux sont devenus « faillibles » sur une dimension aussi sensible de l'activité hospitalière que la qualité des prises en charge. L'idée que nous défendons est la suivante : à travers ces IQ, le processus de « mise en crise » de la qualité hospitalière porté par des mobilisations sociales de la fin des années 1990 a été progressivement métamorphosé par les régulateurs de l'hôpital en une entreprise de « mise en transparence » qui renforce aujourd'hui le contrôle institutionnel sur les activités hospitalières. Ainsi, la carrière des IQ nous renseigne à la fois sur la manière dont la « mise en faillibilité » a pu voir le jour dans un secteur où elle était pourtant loin d'aller de soi[1], et sur la manière dont ce nouveau « régime de faillibilité » peut être porté « en douceur » par une technologie de gouvernement. A la lecture du cas des IQ, si un tel régime de faillibilité a pu s'inventer et s'instituer à l'hôpital, c'est au cours d'un processus qui s'apparente davantage à un « effet émergent » qu'à une « réforme » à proprement parler : ce processus résulte d'un entrelacs de jeux complexes entre une multiplicité d'acteurs sociaux, dont aucun ne maîtrise l'ensemble de la dynamique, mais qui tous ont contribué à négocier des IQ suffisamment robustes et acceptables pour insuffler leurs logiques de quantification et de mise en comparaison.

Pour bien saisir cette dynamique, il faut admettre que cette histoire n'est pas seulement celle de l'« instrumentation » (Lascoumes & Le Galès [dir.], 2004) déployée dans les années 2000. L'action publique par les IQ repose plutôt sur un ensemble composite d'acteurs, de techniques et d'idées, qui se mettent progressivement en mouvement dès la fin des années 1990, autour d'un *raisonnement* : les établissements de santé peuvent « faillir » en matière de qualité des prises en charge, et, pour cette raison, l'hôpital doit être auditable par les pouvoirs publics. Dès lors, cette trajectoire institutionnelle se laisse bien saisir comme celle d'un « motif cognitif », *« composition de parties, intégrant des éléments cognitifs, sociaux et matériels, dont l'organisation plus ou moins réussie produit des effets de conviction »*, des *« systèmes socialement organisés de bonne raisons »* (Benamouzig, 2005, p. 11-2), c'est-à-dire comme des *« éléments cognitifs composites dont les formes objectives consistent en un assemblage variant selon les usages »* (Benamouzig, 2014, p. 109). Sujets aux variations, les motifs n'en sont pas moins dotés d'une force propre, résidant dans les formes, les savoirs, ou la matérialité qui les composent, susceptibles de leur conférer une certaine autonomie dans l'action par rapport aux différents usages sociaux dont ils font l'objet. Retracer l'émergence de ce « régime de faillibilité » en matière de qualité revient dès lors à suivre le fil rouge des compositions et recompositions du « motif » en faveur de l'auditabilité des hôpitaux en France. Pour ce faire, nous retraçons d'abord la « mise en crise » de la qualité hospitalière dans la seconde moitié des années 1990 (1), puis sa « mise en transparence » à travers les indicateurs d'Etat qui s'institutionnalisent progressivement dans les années 2000 (2), avant de montrer comment cette technologie douce rend l'hôpital « faillible » en matière de qualité (3).

[1] En raison de l'autonomie forte de la profession médicale dans l'évaluation de ses activités (Hassenteufel, 1997), de la « faiblesse structurelle » des régulateurs du secteur sanitaire français (Ogien, 2001) et, plus généralement, du fonctionnement caractéristique des « bureaucraties professionnelles » (Mintzberg, 1982).

1. La « mise en crise » de la qualité hospitalière à la fin des années 1990

La genèse du « régime de faillibilité » de l'hôpital en matière de qualité remonte à la fin des années 1990, à une époque où ni les « indicateurs » ni la « politique » qu'ils équipent ne sont encore formulés comme tels. Alors que la qualité hospitalière entre « en crise », une idée, au contenu incertain et composite, émerge comme un problème public[1] : les hôpitaux doivent rendre des comptes sur la qualité de leurs prises en charge, et l'Etat se doit d'y veiller. Lors de cette époque séminale, les principes, les objectifs et les premiers outils sont progressivement explorés et travaillés ; le motif cognitif en faveur de l'auditabilité de la qualité à l'hôpital connaît ses premières compositions. Ce processus de « mise en crise » et les premières tentatives d'y répondre se jouent pour partie à travers des mobilisations sociales sur la scène publique, et pour partie dans des espaces d'expertise plus confinés.

1.1. Palmarès et malades en mouvement : mobilisations en faveur de l'auditabilité

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

Le premier de ces mouvements se déploie dans l'espace médiatique, à travers l'émergence d'un nouveau genre journalistique : les palmarès des hôpitaux publiés dans la presse[2], qui constituent une première forme de mesure publique qui échappe à l'Etat. 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 »[3]. Les premiers classements sont le fruit d'un trio de journalistes qui, inspirés par les premiers classements publiés aux Etats Unis, se spécialisent progressivement sur cette question lors de leur circulation entre ces différents titres de la presse. Ces « pionniers » entreprennent de sortir d'une approche en termes de « faits divers » du traitement médiatique des questions hospitalières, pour mettre en cause le corporatisme médical, le manque de sécurité à l'hôpital, et l'incapacité des pouvoirs publics à réformer le système de santé dans le sens de l'intérêt général.

> *« 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'efficience, et surtout pas de vision globale des établissements et du système. » (Journaliste au Point, entretien collectif, 2010)*

Les journalistes parviennent à accéder à des bases de données médico-administratives alors méconnues hors des institutions, qu'ils utilisent pour équiper les palmarès en données plus systématiques que le questionnaire qu'ils envoient aux établissements. Pour ce faire, les

---

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

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

[3] Succès commerciaux majeurs, les palmarès seront appelés à se multiplier et se banaliser. Depuis 1997, une cinquantaine de classements hospitaliers ont été produits dans la presse régionale ou nationale. Aujourd'hui, différents palmarès sont publiés dans *Le Point, l'Express, Le Nouvel Observateur* ou *Le Figaro Magazine.*

journalistes saisissent à plusieurs reprises la commission d'accès aux documents administratifs (CADA). Ils parviennent à accéder aux documents issus des commissions d'examen des budgets hospitaliers (CEBH) de l'Assurance Maladie, à récupérer la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) produite par le ministère de la Santé et, enfin et surtout, au programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) qui permet de mesurer l'activité hospitalière.

Ce « détournement » a un effet de cadrage important sur le contenu des publications : ces données conduisent les journalistes à établir des palmarès de la « performance » indexés sur les volumes d'activité hospitalière, à partir desquels il s'agit de déduire les « meilleurs » ou les « pires » établissements, sans que le critère général soit parfaitement explicité : s'agit-il de la « performance », de la « qualité » ou de la « sécurité » des soins ? Ces classements constituent néanmoins une première forme de mesure de la qualité à caractère publique, construite à partir de mesures concrètes. Les journalistes utilisent un certain nombre « d'indicateurs » : le volume d'activité par type d'actes des services de chirurgie doit permettre d'évaluer l'entraînement en routine des praticiens ; le taux de mortalité après certaines opérations chirurgicales ne conduisant normalement pas à une issue fatale est utilisé pour estimer la sécurité des soins ; le taux de césariennes des services de maternité, pris comme indicateur d'une mauvaise organisation des maternités, est mobilisé pour évaluer la qualité des prises en charge. Ainsi, les journalistes cadrent d'emblée le problème autour de la question de la transparence de l'information, et leur entreprise est loin de passer inaperçue : les palmarès suscitent des dénonciations d'autant plus vives que les indicateurs à partir desquels ils sont construits sont contestés par les professionnels de santé[1]. En somme, en inventant des classements qui échappent à l'Etat, les journalistes désignent l'absence de mesure officielle comme un problème visible ; 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.

Le deuxième mouvement qui fait de l'absence de mesure officielle de la qualité un problème public se structure autour du combat de patients mobilisés dans la lutte contre les infections nosocomiales. Dans un contexte sanitaire encore bouleversé par l'irruption du Sida[2], l'Affaire de la clinique du sport éclate sur la scène médiatique en septembre 1997, soit presque une décennie après les premières contaminations de patients de l'établissement parisien lors d'opérations pratiquées dans des conditions de stérilisation insuffisantes[3]. L'Affaire émerge d'abord comme un combat personnel : celui de l'une des personnes contaminées, Béatrice Ceretti, et de son mari, Michel Alain Ceretti, pour rendre public le calvaire et l'errance médicale de la victime suite à sa contamination au cours d'une opération bénigne, qui l'a peu à peu paralysée. En véritable « lanceur d'alerte », le couple va s'appuyer sur la presse pour faire passer les infections nosocomiales « de la sphère médicale vers la sphère politique » (Carricaburu, 2009). Le couple n'a de cesse de dénoncer *« l'incompétence des "spécialistes", le cynisme froid des responsables de la Clinique du sport, l'impéritie des*

---

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

[2] Dès les années 1980, les « malades » se sont mis « en mouvement » (Barbot, 2002), en se constituant en associations et en mouvements sociaux. Ils ont commencé à bousculer le monde sanitaire, exigeant 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 (Barbot, 2002).

[3] Au cours de ces années, une soixantaine de patients ont été contaminés par le xenopi, bactérie dangereuse pour les os. Pour des analyses plus détaillées de cette affaire et de ses conséquences, voir Carricaburu (2009).

pouvoirs publics mais aussi l'aveuglement de tous ceux qui n'ont pas su voir sa douleur et n'ont pas cru en sa souffrance » (Ceretti, 2004). Ce combat de deux personnes grandit progressivement en véritable mouvement social, à travers la création d'une association de représentation des victimes, prénommée « le Lien » (lutte, information et études sur les infections nosocomiales). Tout en publicisant la dimension morale du scandale, l'association milite pour obtenir une juste indemnisation des victimes de la clinique du Sport[1], avant d'élargir son combat à la représentation de l'ensemble des victimes d'infections nosocomiales en France. A la fin des années 1990, elle critique fortement l'opacité du système de surveillance des infections nosocomiales, accusé de rassembler au sein du comité technique des infections nosocomiales (CTIN) des « producteurs de risques » professionnels également chargés de gérer et d'évaluer ces risques. L'association porte alors une véritable stratégie de « déconfinement » de la définition des infections nosocomiales (Carricaburu, 2009).

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

1.2. L'Etat sollicité par les mouvements sociaux : les prémisses d'une mesure officielle

Ces mobilisations sociales en faveur de l'auditabilité des hôpitaux rencontrent un troisième mouvement, inscrit dans le monde plus confiné des institutions publiques et de l'expertise médico-économique née sous l'égide de l'Etat. D'un côté, il apparaît que l'Etat a « licité » l'émergence du problème dans les années 1990, en rendant à la fois « pensables » et « faisables » les palmarès hospitaliers (Pierru, 2004) : les journalistes ont bénéficié de la complicité de certains responsables institutionnels, et de l'existence des bases de données médico-administratives. D'une façon similaire, si le combat du Lien trouve « prise » sur les pouvoirs publics, c'est parce qu'il bouscule tout un travail institutionnel préexistant autour de la question de la sécurité des soins et de l'hygiène hospitalière, qui a émergé dès les années 1960 autour des premières résistances bactériennes, avant de donner lieu à un investissement croissant des pouvoirs publics au cours des trois décennies suivantes[2]. D'un autre côté, cet univers confiné se trouve, en retour, fortement « sollicité » par la convergence des palmarès et

[1] Elle intente notamment une action en justice à l'encontre des praticiens de la clinique qui sera couronnée de succès de longues années plus tard. En mars 2010, 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 des peines de prison.

[2] Au cours des années 1990, c'est toute une politique de surveillance des infections nosocomiales qui s'est développée (Carricaburu, 2009). Coordonnée 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.

de la mobilisation du Lien. Bousculés chacun à leur niveau, mis « sur la sellette », les différents acteurs concernés ne restent pas passifs face à cette « mise en crise » : ils se mettent en quête de premières formes de « mesures » officielles de la qualité.

Un petit nombre d'épidémiologistes, d'économistes de la santé, de médecins en santé publique et de chercheurs en sciences de gestion ont participé activement à l'élaboration du PMSI sous l'égide de l'administration de la santé au cours des années 1980[1]. Ils constituent dans la seconde moitié des années 1990 les principaux experts français des bases de données médico-administratives. Dans le cadre de leurs activités, ces experts se sont familiarisés aux enjeux liés à la mesure des activités hospitalières et aux usages possibles de ce type de données ; ils ont étudié les systèmes d'information étrangers et se sont connectés aux experts internationaux de ces questions. Certains de ces experts réagissent aux palmarès en faisant émerger une controverse méthodologique lourde d'enjeux politiques. Dès 1999, la revue *La recherche* leur offre une tribune, sous la forme de trois articles réunis dans un dossier intitulé : « faut-il classer les hôpitaux ? » (Naiditch et al., 1999). Le dossier, sous la forme d'une critique qui se veut « scientifiquement fondée » et « constructive » des palmarès de la presse, affiche un point de vue parfaitement clair dès le titre de l'introduction : *« publier de très discutables indicateurs de performance n'est pas le meilleur moyen d'accompagner la transformation du système de soins »*. Les experts remettent en cause la « scientificité » des classements des médias, tout en affirmant la nécessité de mieux partager l'information avec le public et de rechercher davantage la « confiance » des professionnels évalués que la publication brutale de classements.

Certains de ces experts perçoivent l'émergence d'une attente nouvelle en matière de mesures publiques de la qualité hospitalière. Avec l'aval de quelques responsables institutionnels sensibilisés à la question, ils entreprennent de construire les prémisses d'une mesure publique susceptible d'être à la fois « scientifiquement validée » et « acceptable » par les professionnels de la santé. Deux cadrages différents de ce type de mesures commencent à cette époque à être travaillés. Un premier groupe de travail sur « les performances hospitalières » est constitué sous l'égide de la direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES) du ministère. Présidé par un médecin-chercheur en santé publique, il s'approprie les réflexions théoriques menées sur la performance au Québec dans une approche qui se veut ouverte, multidimensionnelle et sensible aux usages professionnels de l'évaluation, mais qui ne produit pas de nouveaux indicateurs immédiatement utilisables (Lombrail et al., 2001). Un second projet de recherche se constitue au même moment sous l'égide de l'Union Hospitalière Privée (UHP) avant d'être soutenu par l'Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé (ANAES)[2], autour d'un médecin qui s'est orienté vers une carrière de chercheur en sciences de gestion, Etienne Minvielle. Résolument pragmatique, ce projet cherche à établir, très concrètement, un « guide rouge » des indicateurs suffisamment robustes pour évaluer la qualité dans les établissements de santé, dans une approche davantage gestionnaire et institutionnelle de l'évaluation. Ces deux projets de recherche se rejoignent pour souligner les difficultés méthodologiques liées à l'utilisation des bases de données existantes pour produire des indicateurs de résultat incontestables et des classements hospitaliers qui puissent être « validés ».

---

[1] Ces experts sont notamment réunis au sein du groupe IMAGE (« information médicale pour l'aide à la gestion des établissements »), rattaché à l'école nationale de santé publique (ENSP) et qui 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).

[2] Le syndicat de directeurs de cliniques cherchait alors à valoriser ses activités en matière de qualité. Lorsque le président de l'UHP, Alain Coulomb, devient directeur de l'agence en 2002, il emmène avec lui ce projet.

De leur côté, les responsables politiques et administratifs développent d'abord une stratégie d'« évitement du blâme » (Weaver, 1986) qui consiste aussi en un « report » du blâme sur les seuls acteurs professionnels. En atteste par exemple l'allocution de Bernard Kouchner lors d'un colloque organisé par l'OCDE en 2002, au cours de laquelle il regrette l'insuffisance du système d'évaluation français, liée selon lui à *« un pouvoir médical opaque et une absence de concurrence médicale »*, avant de mettre en avant la volonté de *« rendre les indicateurs de performance les plus visibles et transparents possibles »* puis de souligner que *« ce qui est encourageant […], c'est que les classifications journalistiques des performances se font à partir des chiffres fournis par les ministères »* (Pierru, 2004, p. 268-269). Cette position de report du blâme sur les seuls professionnels est d'autant plus difficilement tenable que l'impératif d'une « mesure de la performance des systèmes de santé » est porté par les organisations internationales[1] et que les experts français commencent à donner corps à une autre orientation possible de la mesure publique comparative. Ainsi, l'idée d'une « mesure d'Etat » qui permettrait de reprendre pleinement la main et de répondre à une revendication très audible des représentants des patients fait son chemin au sein des cabinets ministériels à partir du début des années 2000. L'inscription de la mesure sur l'agenda politique et institutionnel est actée le 21 mars 2003, lorsque le ministre Jean François Mattéi saisit formellement l'Institut national de veille sanitaire (INVS) en passant commande pour un « tableau de bord national des infections nosocomiales[2] ».

L'auditabilité des hôpitaux en matière de qualité prend la forme, lors de cette époque séminale, d'un *problème*, qui émerge au cours d'un processus collectif de « mise en crise » porté par un petit monde hétéroclite d'entrepreneurs de la mesure, inscrits dans des univers différents, mais qui ont tous contribué à cette dynamique. En 2003, l'idée que les hôpitaux sont « faillibles » en matière de qualité a fait son chemin, et les conditions sont réunies pour que l'auditabilité des hôpitaux devienne un véritable motif d'action publique. Encore flou, ce motif cognitif dispose alors néanmoins déjà d'un contenu : le principe d'un contrôle accru de la qualité hospitalière par l'Etat côtoie l'idée qu'un tel contrôle doit être instrumenté par des techniques légitimes et acceptables.

2. Vers une prudente « mise en transparence » de la qualité dans les années 2000

Au cours des années 2000, l'auditabilité de l'hôpital en matière de qualité s'institutionnalise prudemment, en s'incarnant dans des IQ d'Etat qui sont déployés massivement et dotés d'une capacité de contrainte. Cette dynamique prend la forme d'un processus incrémental (Lindblom, 1959) dont la trajectoire est marquée par des tensions, surmontées grâce à un travail cognitif et des compromis institutionnels, qui façonnent des instruments jugés techniquement robustes et politiquement acceptables. En quelques années, le système institutionnel « digère » la « mise en crise » portée par d'autres acteurs ; il intègre les critiques, s'en nourrit, et se les réapproprie sous la forme d'une dynamique de « mise en transparence » ouverte sur une pluralité d'usages de la mesure.

---

[1] Dans un contexte de dénonciation des coûts croissants de la santé, perçus comme une charge pour l'économie, l'OMS et l'OCDE portent cet impératif de « performance » qui fait de la qualité l'un des aspects de l'efficacité des systèmes de santé.

[2] Cette 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 J.- F. Mattéi a décidé de généraliser la tarification à l'activité (T2A) à l'ensemble du système hospitalier ; suite à l'épisode de la canicule de l'été 2003, le ministre cherche aussi à « reprendre la main » sur la sécurité des soins.

2.1. Quand les institutions s'investissent à bas bruit : le projet COMPAQH

Dans un premier temps, la commande du ministre met les institutions de régulation dans l'embarras. Investir dans un tel « palmarès d'Etat » apparaît alors risqué et incertain, à l'heure où les techniques de mesure sont loin d'être stabilisées. Dans ces conditions, l'engagement du ministère est d'abord ambivalent : alors que la direction de l'hospitalisation (DHOS) s'attache à répondre dans un délai court à la demande du ministre en s'investissant très directement aux côtés de l'institut national de veille sanitaire (INVS), la DREES reste en retrait et cherche surtout à établir des connaissances sur les indicateurs et leurs usages plutôt qu'à « produire » des IQ dans une logique pragmatique. Du côté de l'agence en charge de la régulation de la qualité, les équipes de l'ANAES sont intégrées en 2004 dans une nouvelle Haute Autorité de santé (HAS), aux contours institutionnels plus larges, mais qui reprend l'essentiel des missions concernant l'amélioration des pratiques et l'accréditation des établissements. L'agence se transforme alors en autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale, largement financée par le ministère, mais plus juridiquement « sous tutelle ». La nouvelle instance hésite quant à la place à accorder à la mesure de la qualité. Les acteurs au sein de la branche « évaluation des pratiques professionnelles » sont très attachés au caractère scientifique des outils d'évaluation produits par la HAS, qui constitue une condition *sine qua non* de sa légitimité auprès des professionnels. Or, l''exemple des palmarès hospitaliers suscite une grande méfiance quant à la possibilité de construire des IQ robustes et légitimes. Par ailleurs, la branche « accréditation » de la HAS est très attachée à une approche de l'évaluation « par les pairs » pratique, reposant sur une analyse qualitative et dans un esprit d'amélioration continue de la démarche qualité, qui contraste avec l'idée d'une évaluation quantitative et sous la forme d'indicateurs nationaux comparatifs.

Dans ce contexte, les années 2003 à 2006 sont caractérisées par un engagement à la fois prudent et discret de la part d'institutions bousculées par la commande politique. L'investissement « à bas bruit » caractéristique de cette première étape de l'institutionnalisation des indicateurs prend surtout la forme d'un projet de recherche, nommé COMPAQH (coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière), qui hérite à partir de 2003 du flux d'idées, de principes, et d'indicateurs préalablement mis en forme par le projet de « guide rouge des indicateurs » né sous l'égide de l'hospitalisation privée. COMPAQH se constitue comme un projet hybride, à l'interstice de l'univers des institutions publiques, de l'univers de la recherche et, dans une certaine mesure, de l'univers hospitalier local. Il s'agit d'un projet de « recherche appliquée » financé par la direction de l'hospitalisation du ministère et l'ANAES. 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), rattaché à l'INSERM et au CNRS. Le monde hospitalier est également bien représenté dans le projet, qui s'appuie sur un panel élargi d'une trentaine d'établissements « volontaires » de statuts différents, dans le cadre d'un soutien affiché des principales fédérations hospitalières, du privé et du public. Les intérêts différents de ces trois mondes convergent dans une quête pragmatique : bâtir des indicateurs d'Etat susceptibles d'être plus consensuels, méthodologiquement plus « robustes » et donc moins contestables par les professionnels de l'hôpital que ceux des palmarès hospitaliers, qui constituent sur ce point un « contre-modèle » pour tous les participants. Pour les dirigeants des établissements volontaires, il s'agit de se positionner comme des « pionniers » de la qualité, dans une logique similaire à celle des établissements de l'UHP membres du « guide rouge » des indicateurs. Pour les chercheurs, de tels indicateurs seraient une innovation scientifique, à une époque où la « mesure » de la qualité est un thème encore émergent, dont il s'agit de s'emparer. Les dirigeants des institutions publiques cherchent quant à eux une

manière de s'investir sans trop s'exposer sur ce thème jugé montant mais risqué, car potentiellement conflictuel.

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

Le projet procède dès cette époque à un ensemble de cadrages très structurants, qui vont permettre d'« aligner » (Snow et al., 1986) le sens des indicateurs en construction avec les schèmes interprétatifs des différents parties-prenantes, de manière à réduire au maximum les tensions et à trouver de multiples relais de ces instruments. Le projet définit d'abord un ensemble d'objectifs prioritaires correspondant aux priorités des institutions et des chercheurs. Parmi eux, la lutte contre les infections nosocomiales – thématique chère au ministère de la Santé –, qui s'impose comme le premier véritable « dossier » du projet COMPAQH, ainsi que le « respect des bonnes pratiques cliniques » portées par l'ANAES. Le projet s'attache ensuite à sélectionner puis à tester un petit nombre d'indicateurs de qualité au sein du panel d'établissements[1], selon une méthode consensuelle qui doit permettre de sélectionner les indicateurs jugés à la fois robustes et acceptables au regard des critères établis par l'ANAES[2]. En avril 2006, le comité de pilotage sélectionne les indicateurs susceptibles d'être généralisés et publiés : cinq indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales, élaborés par un groupe de travail mixte entre l'INVS et COMPAQH ; ainsi que six indicateurs permettant d'évaluer la qualité d'après le dossier patient ; et un indicateur de satisfaction des patients. *Présentés comme « techniques »,* ces cadrages n'en permettent pas moins d'arrêter des choix de nature politique. Certains IQ potentiels, parmi lesquels des indicateurs de mortalité, sont testés puis éliminés par le projet, en raison de problèmes métrologiques qui fragilisent leur robustesse et, dès lors, leur acceptabilité[3]. A travers ce processus, sont développés essentiellement des indicateurs de processus plutôt que de résultats (plus conflictuels) ; des IQ évaluant la traçabilité des pratiques de soin plutôt que directement la qualité de ces pratiques ; des indicateurs conçus avant tout pour opérer des comparaisons inter-établissements et donner lieu à un affichage public, plutôt que des indicateurs de pratique individuelle plus facilement utilisables dans des démarches de *benchmarking* professionnel.

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

---

[1] Par rapport aux quelques 280 indicateurs du « guide rouge » dont a hérité COMPAQH, 43 indicateurs sont présélectionnés en 2003 ; 37 indicateurs sont finalement testés entre 2004 et 2006.

[2] Pour plus de précisions sur ces critères, voir l'annexe 1.

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

2.2. Quand les institutions se disputent les indicateurs

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

Le ministère a été la première institution à s'emparer de ces IQ, en mettant au premier plan l'objectif de « diffusion publique » des informations concernant la qualité des soins. La collecte des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales est imposée aux établissements dès 2005. Dans les années qui suivent la première publication ministérielle, cet usage des indicateurs s'institutionnalise ; il prend notamment la forme d'un site actualisé chaque année, intitulé « plateforme d'informations sur les établissements de santé » (platines.gouv.fr[1]), qui affiche de nombreuses informations sur l'activité et la qualité des établissements français. Le positionnement de la DREES évolue à cette occasion, puisque la direction « scientifique » du ministère sort alors de ses réserves pour ne pas rester en marge de la dynamique. Sous l'influence d'un acteur convaincu qui porte le projet au sein de la direction, la DREES participe activement à l'élaboration du site ministériel, entre dans le pilotage du projet COMPAQH et initie un travail autour des indicateurs de satisfaction des patients, tout en continuant de soutenir des projets de recherche alternatifs, manière de faire vivre un usage des IQ à des fins d'évaluation des pratiques par les professionnels.

Ne souhaitant pas laisser au ministère le monopole des IQ, la Haute Autorité de santé bascule à partir du milieu des années 2000 dans une politique beaucoup plus affirmée en ce qui concerne la mesure comparative à des fins d'affichage public. L'institution fait sienne la mission de publication d'indicateurs nationaux et comparatifs visant à l'amélioration de la qualité hospitalière ; elle articule plus étroitement les IQ à ses activités internes. Ce basculement ne se fait pas sans tensions, puisque l'investissement de la HAS dans la mesure à des fins de comparaison publique suscite depuis quelques années des débats. En interne, certains acteurs sont plus proches d'une philosophie d'autorégulation de la profession médicale, et craignent qu'un tel engagement ne mette en danger leur légitimité vis-à-vis des professionnels, en se rapprochant d'une régulation étatique externe qu'ils considèrent plutôt ressortir des missions du ministère. La discussion porte également sur la capacité « opérationnelle » de la nouvelle instance à mettre en place des indicateurs. Ces réticences sont vaincues « de l'intérieur » par deux économistes de la santé recrutés par le directeur de la HAS, A. Coulomb, favorables au recours à la mesure chiffrée, et qui vont produire des notes d'information et des revues de la littérature pour convaincre leurs collègues de l'intérêt stratégique d'un positionnement de l'instance sur l'essor des IQ, présenté comme inexorable. Le Collège de la HAS décide en 2006 de créer un service spécialisé sur les indicateurs qualité et d'intégrer des IQ dans la procédure de certification des établissements[2]. Cet usage des indicateurs se révèle complexe à mettre en œuvre, mais il prend une forme concrète en 2009,

[1] Le site a aujourd'hui changé de nom pour devenir www.scopesante.fr.

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

dans le troisième référentiel de certification, qui prévoit la « cotation » de certains critères par les IQ d'Etat et ancre solidement les IQ à l'intérieur de la principale instance en charge de la régulation de la qualité à l'hôpital.

Ces mobilisations croissantes et visibles des IQ par le ministère et la HAS ne manquent pas de susciter l'intérêt d'un ensemble hétéroclite d'autres acteurs à la fin des années 2000. Ce sont d'abord des responsables politiques redécouvrent l'intérêt de ces indicateurs et en font usage croissant en matière de communication politique. Le président de la République N. Sarkozy fait par exemple preuve de son volontarisme en la matière, en se déclarant favorable au fait de *« rendre public, pour chaque établissement de santé, quelques indicateurs simples comme le taux de mortalité ou le taux d'infection »*[1]. La ministre R. Bachelot, se présentant volontiers comme « la ministre de la qualité des soins », n'est pas en reste lorsque son cabinet passe un accord avec le journal l'Express pour que ce dernier publie son palmarès hospitalier intégrant les IQ d'Etat le jour-même de la conférence de presse du ministère. La mesure de la qualité est ensuite investie par des acteurs institutionnels jusqu'ici plutôt effacés, qui formalisent de nouveaux usages possibles des IQ, plus proches d'une logique de régulation économique. La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), qui finance les établissements mais a été évincée de leur évaluation au profit de l'Etat au début des années 2000, suit le projet COMPAQH depuis 2007. Pour se démarquer, elle est la première à mettre en place une forme de « paiement à la performance », en lançant en 2009 son contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI[2]) dans le secteur ambulatoire. L'Assurance Maladie contribue ainsi 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. En parallèle, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé (ANAP[3]) intègre les IQ d'Etat dans l'outil qu'elle développe pour rationaliser les négociations entre autorités de tutelle et établissements, « Hospi Diag[4] », qui a vocation à être le « socle commun » d'une contractualisation entre la direction des établissements et les Agences régionales de santé (ARS). 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.

Ainsi, chaque type d'acteur s'est approprié les IQ en promouvant ses propres objectifs. Si cette dynamique de compétition institutionnelle autour de la mesure a pu se déployer sans conflit tranché, c'est parce que les tensions nées de ces perspectives différentes ont été largement amorties au sein du projet COMPAQH, en charge de l'élaboration des IQ. Dans la deuxième moitié des années 2000, c'est en son sein qu'a été forgé le compromis institutionnel autour des différents usages des IQ d'Etat, par l'intermédiaire du travail intellectuel déployé par les chercheurs du projet dans les différents rapports rendus publics, des échanges au sein de son comité de pilotage et des multiples négociations opérées par les groupes de travail

---

[1] Extrait du discours de Nicolas Sarkozy, Bletterans, 18 septembre 2008.

[2] Le CAPI est un contrat proposé aux médecins généralistes volontaires, qui s'engagent à améliorer certaines pratiques liées à des enjeux médico-économiques, comme la prévention et le suivi des pathologies chroniques ou l'optimisation des prescriptions. Une rémunération spécifique représentant jusqu'à 10% de revenus supplémentaires permet de valoriser « la progression » ou « le niveau atteint ».

[3] L'ANAP doit 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 appuyant l'administration et les Agences régionales de santé (ARS).

[4] Il s'agit d'établir une vision macroscopique de la performance de chaque établissement, 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 qui intègre cinq « axes » : activité, qualité des soins, organisation, ressources humaines et financières.

thématiques. Au fur et à mesure de cette construction technique, COMPAQH a travaillé les différents usages de la mesure, tout en prenant soin de n'en exclure aucun. Le compromis institutionnel se fait ainsi au prix d'un « consensus ambigu » (Palier, 2004) : si les différents acteurs sont tombés d'accord sur la nécessité d'avoir recours à un petit ensemble d'indicateurs d'Etat, ils ne sont pas forcément en phase sur ce que doivent être les objectifs prioritaires de la « politique de diffusion d'indicateurs », qui n'ont jamais véritablement fait l'objet d'un choix tranché. Pour autant, la trajectoire du projet est loin d'être neutre : à la fin des années 2000, il s'est considérablement rapproché des institutions publiques. Si les « usages professionnels » des IQ et leur utilité dans des démarches de « pilotage interne » sont régulièrement réaffirmés dans ses rapports, COMPAQH a surtout progressé en matière d'usages institutionnels de ses IQ : diffusion publique, contractualisation régionale et incitations financières à la qualité.

Cette institutionnalisation des IQ trouve un aboutissement lorsqu'est inscrite dans la loi hospitalière de 2009 l'obligation pour les établissements d'afficher publiquement leurs résultats aux IQ généralisés : l'un des premiers décrets d'application de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) prévoit que les directeurs des 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 financière. 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 IQ et à jouer le jeu de la transparence des résultats. Dans les débats parlementaires pourtant particulièrement houleux de la loi HPST, les IQ sont mobilisés par la majorité comme par l'opposition comme des outils de connaissance et d'intervention pragmatiques, sans charge idéologique propre. Cette inscription révèle le succès de l'entreprise de construction d'IQ suffisamment consensuels pour permettre à l'Etat de reprendre la main sur l'auditabilité des hôpitaux. Elle verrouille l'engagement institutionnel autour du motif cognitif, et porte en germes la rationalisation des IQ.

> *« C'est pas le grand big bang ! C'est la démarche des petits pas… […] Les indicateurs, à force de dire qu'ils sont disponibles pour améliorer la qualité, pour le reporting, on ne peut plus lutter contre. […] On disait que la qualité était incommensurable, aujourd'hui, plus personne ne peut tenir cette position. » (Entretien avec un acteur du service indicateurs à la HAS, 2012)*

En une quinzaine d'années, ces IQ – dont la construction suscitait pourtant d'importantes réticences – sont devenus incontournables et contraignants. Paradoxale, leur institutionnalisation a été rendue possible par la grande prudence par laquelle ses promoteurs ont fait progresser leur entreprise. C'est « à petit pas » que l'auditabilité des hôpitaux a pris forme dans des dispositifs techniques concrets, qui se sont discrètement faits une place dans l'action publique, et dont l'essor s'impose aujourd'hui comme inexorable.

3. Les IQ, ou la « douce faillibilité » de l'hôpital en matière de qualité

A l'issue de leur construction, les indicateurs apparaissent composés d'un ensemble de savoirs, de théories ou de doctrines plus ou moins formalisées, incarnés dans des formes techniques composées de règles de calcul, de référentiels d'évaluation, de résultats chiffrés. Ils peuvent dès lors être étudiés comme des « machines » que l'on peut déconstruire analytiquement, dans une approche inspirée par la sociologie des techniques[1]. Sans proposer

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

ici une fastidieuse description de chacun de ces IQ[1], il est possible d'analyser leurs caractéristiques les plus saillantes afin de mettre en évidence le mode opératoire de la technologie de gouvernement qu'ils incarnent. Il apparaît dès lors que ces instruments constituent une technologie douce, susceptible de rendre l'hôpital « faillible » en matière de qualité en établissant comme tangibles et manifestes les différences entre établissements et le risque de « mauvais résultats » aux conséquences fâcheuses.

3.1. Consensualisme et plasticité : la douceur constitutive des indicateurs

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

Figure 1 : Caractéristiques de quatre IQ typiques

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

Le refus du conflit se lit d'abord dans les dimensions de la qualité mesurée : ces indicateurs sont pour la plupart des indicateurs de processus, qui ne mesurent pas les résultats du soin, mais plutôt l'organisation ou la traçabilité de la prise en charge d'après les informations recueillies dans des documents administratifs (notamment le dossier patient). Si quelques IQ s'approchent davantage d'indicateurs de résultats dans le sens où ils mesurent la traçabilité de pratiques recommandées dans la prise en charge de pathologies spécifiques (comme la prise en charge de l'infarctus du myocarde dans sa phase aigüe), aucun n'est construit pour évaluer

[1] Ces indicateurs sont listés sous la forme d'un tableau joint en annexe. Pour une analyse plus détaillée de leur hétérogénéité, de leur matérialité, des savoirs sur lesquels ils s'appuient, voir Bertillot (2014, p. 161-210).

les résultats du soin en termes de mortalité, à la différence des critères mobilisés par les premiers palmarès hospitaliers. Ce refus du conflit apparaît ensuite dans l'échelle de l'évaluation : les IQ mesurent la qualité à l'échelle de l'établissement de santé plutôt qu'à l'échelle des services ou des praticiens hospitaliers, de manière à ne pas mettre en cause directement des individus ou des équipes comme ont pu le faire les listes noires parues dans la presse à la fin des années 1990. Cette recherche du consensus apparaît enfin dans les conditions de collecte des données permettant le calcul des IQ, qui accordent une place importante aux professionnels : la plupart requièrent un travail spécifique de vérification de critères à partir d'échantillons de dossiers patients aléatoirement sélectionnés ; d'autres impliquent la collecte de preuves administratives attestant de processus organisationnels.

En second lieu, la douceur de ces IQ se lit dans leur plasticité, c'est-à-dire dans leur ouverture et leur souplesse vis-à-vis d'une pluralité d'acteurs, de savoirs et d'usages. Les indicateurs ont été construits pour équiper trois modes d'usage non exclusifs les uns des autres, pouvant servir les objectifs des différents acteurs tout en évitant les conflits provoqués par un usage unique. Ces indicateurs sont d'abord présentés comme un dispositif de « diffusion publique » à des fins de démocratie sanitaire et de transparence. Ils sont ensuite présentés comme un instrument de « régulation » du système hospitalier (certification des établissements par la HAS, contractualisation par les Agences Régionales de Santé, incitation financière à la qualité). Ils sont enfin présentés comme un levier interne pour l'amélioration de la qualité à l'échelle des établissements, pouvant équiper tous les acteurs mobilisés sur cette thématique : directeurs en charge de la qualité, acteurs en charge de la qualité et de la gestion des risques, médecins et infirmiers hygiénistes, professionnels participant aux différents comités en lien avec la qualité. Ces IQ sont également remarquables de par leur plasticité cognitive, c'est-à-dire leur capacité à hybrider des types de raisonnements divers, appuyés sur une pluralité de savoirs, de techniques et de croyances. Dotés d'une certaine épaisseur cognitive, ils s'appuient à la fois sur des référentiels pour la pratique clinique établis par certaines sociétés savantes médicales, sur des raisonnements statistiques et des techniques d'évaluation épidémiologiques permettant de construire des mesures « validées », sur des théories de l'action issues des sciences de gestion, ou encore sur des raisonnements économiques nourris de théorie de l'agence : dispositifs ayant pour objectif de produire de l'information et donc d'ouvrir la « boîte noire » de la « production hospitalière », les IQ sont censés équiper un « principal » (le régulateur) en informations concernant ses « agents ». Ces différents modes de raisonnement coexistent au sein de ces dispositifs composites dont l'ouverture en termes d'usages et de savoirs est susceptible de donner prise à une pluralité de raisonnements et de pratiques. Par la « douceur », cette technologie se rend plus acceptable : la mise en faillibilité concerne moins le cœur de l'activité soignante que les activités d'organisation et de traçabilité.

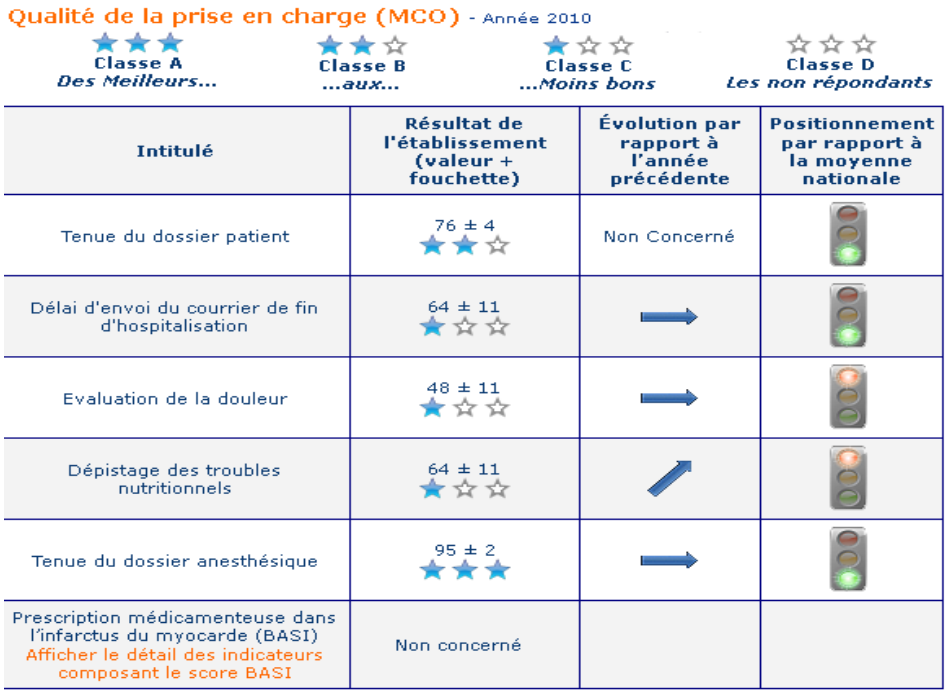
3.2. Affichage public et comparaison : la normativité discrète des indicateurs

L'indicateur constitue avant tout un instrument de quantification : il « concrétise » sous la forme d'un objet tangible un ensemble de règles sociales et d'opération techniques qui doivent permettre le calcul d'une « mesure » chiffrée, selon un processus formalisé. Mais cette quantification a surtout pour objet d'« évaluer ». Par les opérations techniques et cognitives qu'ils formalisent, les 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. A travers cette « simplification du réel », les outils de quantification sont inévitablement caractérisés par une certaine « pauvreté lexicale » en comparaison de la « richesse foisonnante » du monde empirique (Moisdon [dir.], 1997). L'IQ est un outil de

simplification du réel permettant de construire, comme par une opération de « carottage », un « reflet », ou un « artefact » de la qualité hospitalière, qui a l'avantage d'être quantifié, simple, et univoque. Ainsi, ces indicateurs sont tout sauf neutres : ils cherchent tout autant à « évaluer » une certaine qualité hospitalière qu'à « l'améliorer[1] ». En d'autres termes, ils constituent une technologie normative, dotée d'une robustesse qui ne se résume pas à la quête de consensus qui a présidé à leur construction. Ils alimentent l'idée que les hôpitaux peuvent plus ou moins réussir à offrir des soins de qualité, mais aussi « échouer » dans ce domaine. En cela, ils incarnent un régime de faillibilité bien visible à travers deux de leurs propriétés.

Première caractéristique : cette technologie est marquée par 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 (rapports administratifs, dossiers de presse ou site gouvernemental). Ces différents supports font l'objet d'une diffusion élargie auprès des établissements, des régulateurs institutionnels et du grand public, qui rend visible les résultats de l'établissement. La figure 2 donne à voir un exemple de l'affichage public des résultats.

Figure 2 : Affichage public des IQ d'un établissement (source : site ministériel, 2010)



Ce tableau est extrait du site ministériel platines.gouv.fr. Il présente les résultats d'un petit centre hospitalier de la région Rhône-Alpes aux indicateurs généralisés par la HAS. Affichés sous leur forme numérique, ces résultats sont ensuite qualifiés par des éléments graphiques qui permettent de présenter simplement l'information concernant la qualité.

A travers ce type d'affichage public, les indicateurs sont explicitement conçus pour changer les comportements des acteurs hospitaliers, en suscitant leur réactivité[2]. De tels résultats

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

[2] Telle qu'elle est analysée par les sociologues qui ont étudié les rankings aux Etats Unis : *« 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).

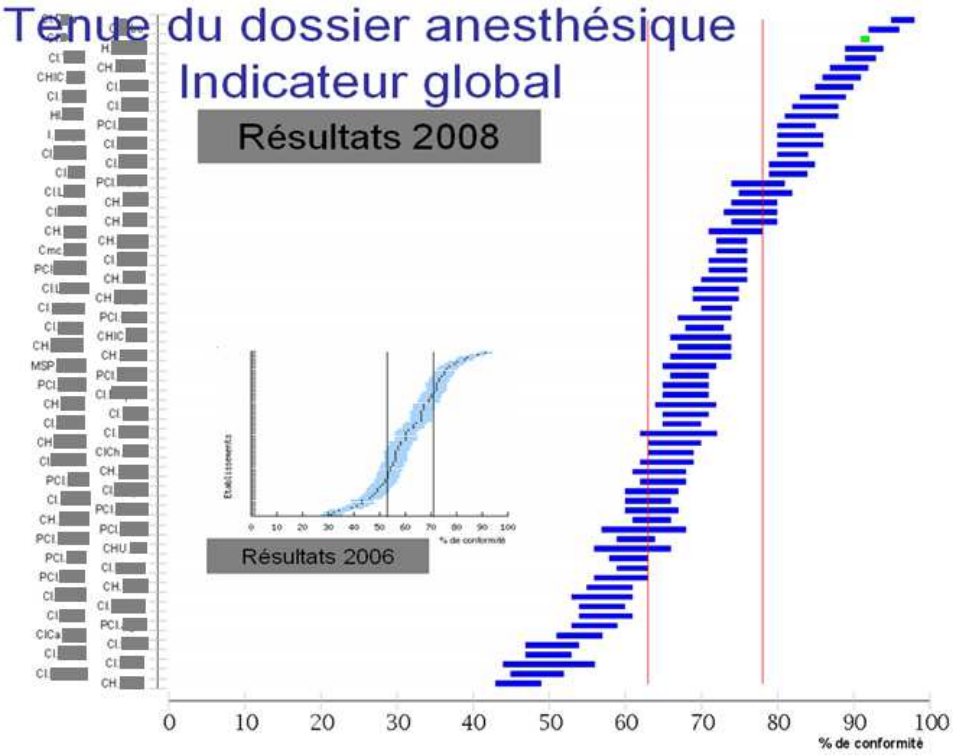
numériques, sous une forme relativement simple, univoque et intelligible, peuvent aisément circuler en s'affranchissant de la complexité des jeux de définition qui ont présidé à leur élaboration (Porter, 1996). Les « nombres » sont susceptibles d'être repris et dotés de force par tout un ensemble d'acteurs sociaux : les palmarès de seconde génération – qui reprennent ces indicateurs d'Etat – mais aussi les patients, les gestionnaires et les professionnels dans les établissements. Les anticipations des acteurs sociaux concernant la capacité de ces scores à circuler, 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.

> *« 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 ! […] 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" ! » (Entretien avec un médecin urologue, hôpital PSPH, 2011)*

L'affichage public valorise certains éléments identifiés comme dignes d'attention (Power, 2005 [1997]). 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 est fortement critiquée par les acteurs sociaux, le pouvoir social de ce type de mesures publiques demeure fort (Sauder et Espeland, 2009).

Seconde caractéristique : cette technologie est marquée par un recours à la comparaison. La construction d'images univoques de la qualité implique un processus de « commensuration » qui aboutit à mesurer dans une même « métrique » des choses qui, sans ce dispositif de quantification, ne peuvent être mises directement en équivalence (Desrosières, 1993). Les mesures numériques produites par les IQ sont susceptibles d'être agrégées, pour générer des moyennes et construire des classements. Chaque établissement peut être positionné par rapport aux autres, par rapport à une norme, ou par rapport à une cible, par l'intermédiaire de formalisations simples, matérialisées dans des tableaux, des diagrammes, des listes ou des cartes. Les établissements de santé peuvent être comparés entre eux, à l'échelle d'un même territoire. La comparaison des résultats peut être orchestrée dans le temps, de manière à quantifier une progression. Il est également 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). La figure 3 donne à voir un exemple de cet outillage de comparaison.

Figure 3 : « Benchmarking régional » en Aquitaine (2009)



Ce graphique a été établi par l'Agence régionale de l'hospitalisation en Aquitaine, en collaboration avec un réseau régional, le CCECQA. Chaque « barre » bleue horizontale représente le score d'un établissement (pourcentage de dossiers conformes à l'indicateur de tenue du dossier anesthésique), qui apparaît de manière nominative dans le graphique original. L'affichage prend en compte un intervalle de confiance statistique, permettant d'éviter une contestation du classement. Les deux lignes rouges verticales représentent l'espace à l'intérieur duquel sont regroupés les 50% des établissements de la norme.

En mettant les résultats de l'évaluation en regard d'un ensemble de normes, la comparaison constitue un puissant dispositif de normalisation disciplinaire (Foucault, 1975 ; Sauder et Espeland, 2009) : les « cibles » définies à l'échelle nationale constituent des normes officielles ; la « norme statistique » joue également à plein, en permettant d'attribuer des statuts hiérarchiques, en désignant les membres de la classe des « meilleurs » et ceux de la classe des « moins bons ». Si le système de classement adopté sur le site du ministère n'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 »). La comparaison inter-établissements est construite pour permettre la connaissance et la reconnaissance de la variabilité des pratiques, censée susciter une « réflexivité » des acteurs qui cherchent à comprendre les causes de leurs « mauvais résultats », puis une réaction pour améliorer les pratiques. Les Agences Régionales de santé se saisissent d'ailleurs de ces comparaisons pour préparer les visites de contrôle et pour « suivre » les établissements en difficulté.

« [Sur tel 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 [l'indice composite de lutte contre les infections nosocomiales], ils n'étaient pas très bons… […] 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… » (Entretien avec la directrice adjointe de l'offre de soins au sein d'une ARS, 2012)

Cette approche comparative postule que les acteurs sociaux, confrontés à des écarts de scores, peuvent craindre les effets d'un mauvais classement pour leur réputation. Ces craintes en matière de « faillibilité » se retrouvent à l'échelle des établissements de santé, tous particulièrement dans les propos des gestionnaires d'établissements qui se sentent menacés de restructurations ou de rachats et pour lesquels il est impératif de ne pas apparaître comme des « canards boiteux » aux yeux des autorités de tutelle et des patients.

> *« On joue le jeu ! […] 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 ! » (Entretien avec la directrice d'un hôpital PSPH, 2011)*

A travers cette intériorisation des disciplines, ce sont aussi les critères d'évaluation qui sont dotés d'un statut normatif : la traçabilité d'un certain nombre de pratiques professionnelles et, plus indirectement, ces pratiques en elles-mêmes, s'imposent comme une règle contraignante. Par ailleurs, la comparaison met en équivalence des éléments épars : on rapproche différentes dimensions de la qualité ; on regroupe des critères de nature très différente au sein de graphiques ou de tableaux qui placent côte à côte des critères d'évaluation de pratiques médicales et des critères d'organisation des processus de soin ; 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 indicateurs. Cette mise en équivalence participe à renforcer l'intégration d'un « espace public » (Desrosières, 1993), en forgeant des représentations et un vocabulaire commun. Enfin, cette mise en comparaison contribue à une perception accrue de la concurrence entre établissements concernant la qualité de leurs soins.

> *« Aujourd'hui, on est plus dans la comparaison par rapport aux autres établissements, en parts de marché par exemple. […] Et c'est vrai qu'on a regardé dans les palmarès, [l'indicateur composite du tableau de bord des infections nosocomiales], par exemple, on a regardé les cliniques qui sont au-dessus de nous, c'est assez facile avec les codes couleur… » (Entretien avec un chirurgien membre du directoire, clinique privée, 2011)*

En somme, ces IQ sont chargés d'une ambition de transformation du monde hospitalier. Pragmatiques et ouverts sur des usages sociaux variés, ils « indiquent » de manière explicite aux acteurs hospitaliers un certain nombre d'attentes, de règles institutionnelles, dotées d'un caractère contraignant par l'affichage public et la comparaison. En « concrétisant » un régime de « faillibilité » de l'hôpital en matière de qualité ; en étant équipés pour transformer en douceur les pratiques et les organisations du secteur, ils participent jour après jour au renforcement d'un contrôle institutionnel sur les établissements.

Conclusion : la qualité comme « face acceptable » du régime de faillibilité de l'hôpital

> *« Les tutelles, elles ont toutes les données ! Ils voient l'hôpital sous toutes les coutures, les trucs de qualité, de PMSI, la SAE, vous avez tout ! […] On n'est pas à la même échelle ! Derrière effectivement il y a tout le rouleau compresseur de l'Etat, des gens performants, au niveau, qui savent analyser les chiffres, et en face vous avez un petit établissement qui essaye de se dépatouiller… » (Entretien avec un médecin DIM, hôpital PSPH, 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 » (Lascoumes et Le Galès, 2004, p. 26-27). Les « choix » en matière de dispositifs relèveraient d'intentions, qui seraient *instrumentées* au service d'un projet réformateur. Or, l'étude de la carrière institutionnelle des IQ permet plutôt de souligner le caractère incrémental, problématique et paradoxal de la dynamique à l'œuvre. Le régime de faillibilité en matière de qualité est moins le produit d'une « ruse » de la part de quelques acteurs stratèges capables d'imposer leur volonté à tous que la résultante de l'agrégation – en tension – d'une constellation d'idées et d'actions à l'intérieur d'un système institutionnel pluriel et éclaté, se disputant une nouvelle instrumentation plurivoque, inventant ses usages au cours d'un processus de « mise en crise » puis de « mise en transparence » dont la trajectoire échappe partiellement à chacun de ses protagonistes. Ce régime de faillibilité n'est pas « gouverné » par une élite politique, autour d'un programme partisan. Si les professionnels de la politique participent à cette dynamique, ils agissent souvent en réaction à leur mise en cause ou pour saisir des opportunités qui ne reposent pas sur eux-seuls. Il est plutôt *sécrété* au cours de l'action, par le travail collectif et interactif d'un petit réseau d'acteurs de profils différents, parfois concurrents et parfois complémentaires. Si aucun n'est l'unique « penseur » de la démarche, tous ont collaboré à façonner ce régime de faillibilité comme une entreprise collective. Ils ont irrigué les jeux institutionnels de flux d'idées, d'informations, de principes et de raisonnements, qui ont permis de surmonter les réticences, de prévenir les conflits, de façonner le consensus, leur permettant d'instituer ces IQ en construisant leur robustesse et leur légitimité. C'est au cours de ce processus qu'ont été forgées, négociées et confrontées les idées et les ambitions des uns et des autres, dessinant un usage de plus en plus affirmé du motif qui a acquis une « autonomie relative » (Benamouzig, 2005). Le régime de faillibilité n'a pas été sciemment pensé comme devant permettre une « liquidation du secteur public », il a été élaboré collectivement et progressivement pour renforcer le contrôle des différentes institutions publiques sur les activités des organisations et des professionnels du soin.

Deux mécanismes ont tout particulièrement contribué à orienter la trajectoire de cette forme d'action publique. Le premier ressort de cette trajectoire originale réside dans le mode opératoire incrémental et prudent de cette action publique, incarné dans des instruments discrets (Bezes, 2004). Les IQ ont vu le jour pas à pas, en évitant de susciter des conflits ouverts avec les acteurs hospitaliers. Le recours à la légitimité scientifique d'un projet de recherche, le cadrage de la mesure au cours d'activités techniques d'élaboration des instruments, la mobilisation de tout un agencement d'intermédiaires entre mondes institutionnel et hospitalier, le travail cognitif des principes d'usage de la mesure ont occupé une place essentielle dans cette dynamique. Par le biais des instruments d'évaluation de la qualité, les institutions publiques agissent presque « en douce », au cours des années 2000, pour transformer l'hôpital sans faire de vagues. Le second ressort de cette trajectoire singulière s'apparente à un mécanisme, à la fois social et cognitif, de *self-fulfilling prophecy* (Merton, 1997 [1953]). 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 tous les cas, que cela soit avec ou sans leur participation. La compétition entre institutions bureaucratiques et l'éclatement de la régulation publique offrent un contexte particulièrement favorable à ce mécanisme.

Tout ceci rend d'autant plus saisissant le contraste entre cette démarche autour de la qualité et d'autres réformes hospitalières plus brutales, comme le déploiement de la tarification à l'activité (T2A), régulièrement dénoncée par des professionnels, à l'origine de conflits majeurs entre les fédérations hospitalières publiques et privées ainsi qu'entre les

représentants des professionnels et les régulateurs de l'hôpital. Si l'évaluation de la qualité se présente comme la face acceptable et consensuelle de ce régime de « faillibilité » de l'hôpital, elle entretient pourtant des liens ambivalents avec l'autre face de cette dynamique, telle qu'elle est portée par les instruments économiques : comme le soulignent les propos placés en incise de cette conclusion, les informations en matière de qualité et d'activité convergent pour renforcer le contrôle institutionnel sur les établissements de santé. Les deux « faces » du régime de faillibilité semblent d'ailleurs amenées à s'hybrider dans les années à venir, puisque le « paiement à la qualité » sort en 2015 d'une phase d'expérimentation pour concerner tous les établissements MCO français, qui verront une partie de leurs financements dépendre de l'atteinte de certains scores aux indicateurs et de leur progression en la matière.

Bibliographie

BARBOT J., 2002, *Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland.

BELORGEY N., 2010, *L'hôpital sous pression: enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte.

BENAMOUZIG D., 2005, *La santé au miroir de l'économie*, Paris, Puf.

BENAMOUZIG D., 2014, « Des idées pour l'action publique : instruments ou "motifs cognitifs" », dans HALPERN C., LASCOUMES P., GALES P. LE (dirs.), *L'instrumentation de l'action publique*, Paris, Presses de Sciences Po.

BERTILLOT H., 2014, *La rationalisation en douceur. Sociologie des indicateurs qualité à l'hôpital*, Thèse de doctorat en sociologie, Institut d'Etudes Politiques de Paris.

BEZES P., 2004, « Rationalisation salariale dans l'administration française : un instrument discret », dans LASCOUMES P., GALES P. LE (dirs.), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po.

CARRICABURU D., 2009, « Confinement et déconfinement des luttes définitionnelles : le cas de la périnatalité et des infections nosocomiales », dans GILBERT C., HENRY E. (dirs.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La découverte.

CASTEL P., ROBELET M., 2009, « Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usages des recommandations de pratiques cliniques », *Journal d'économie médicale*, *27*, 3, p. 98-115.

CERETTI B., 2004, *Ils m'ont contaminée*, Paris, L'Archipel.

DESROSIERES A., 1993, *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Paris, La Découverte.

ESPELAND W.N., SAUDER M., 2007, « Rankings and Reactivity : How Public Measures Recreate Social Worlds », *American Journal of Sociology*, *113*, 1, p. 1-40.

FOUCAULT M., 1975, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard.

LE GALES P., SCOTT A.J., 2008, « "Une révolution bureaucratique britannique ?" Autonomie sans contrôle ou "freer market more rules" », *Revue française de sociologie*, *49*, 2, p. 301-330.

GILBERT C., HENRY E. (dirs.), 2009, *Comment se construisent les problèmes publics*, Paris, La Découverte.

GOFFMAN E., 1974, *Frame analysis: An essay on the organization of experience.*, Cambridge, MA, Harvard University Press.

HASSENTEUFEL P., 1997, *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne.*, Paris, Presses de Sciences Po.

LASCOUMES P., LE GALES P. LE, 2004, *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po.

LINDBLOM C.E., 1959, « The Science of Muddling Through », *Public Administration Review*, *19*, 2, p. 79-88.

LOMBRAIL P., NAIDITCH M., BAUBEAU D., CASES C., CUNEO P., CORVEZ A., LUCAS C., LETOURMY A., CHARVET-PROTAT S., BOUSQUET F., GISSOT C., CHALE J.-J., METRAL P., CARLET J., AMAR L., BECHIMONT J., BREMOND M., GHADI V., SCHAETZEL F., 2001, « Eléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers », *Dossiers solidarité et santé, 2*.

MAS B., PIERRU F., SMOLSKI N., TORRIELLI R., 2011, *L'hôpital en réanimation*, Paris, Editions du croquant.

MERTON R.K., 1997, *Eléments de théorie et de méthode sociologique*, Paris, Armand Colin.

MINTZBERG H., 1982, *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Éditions d'organisation.

MOISDON [DIR.] J.C., 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., 2000, *La démarche gestionnaire à l'hôpital. La régulation du système hospitalier (Vol. II).*, Paris, Seli Arslan.

MUSSELIN C., 2005, « Sociologie de l'action organisée et analyse des politiques publiques : deux approches pour un même objet ? », *Revue française de science politique, 55*, 1, p. 51-71.

NAIDITCH M., LOMBRAIL P., CHALE J.-J., 1999, « Dossier : faut-il classer hôpitaux ? », *La Recherche*, 324, p. 64-78.

OGIEN A., 2001, « Le système RMO, la maîtrise des dépenses de santé et les paradoxes du contrôle », *Revue Française des Affaires sociales, 4*, 4, p. 51-57.

PADIOLEAU J.-G., 1982, *L'Etat au concret*, Paris, Puf.

PALIER B., 2004, « Les instruments, traceurs du changement. La politique des retraites en France », dans LASCOUMES P., GALES P. LE (dirs.), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 273-300.

PIERRU F., 2004, « La Fabrique des palmarès. Genèse d'un secteur d'action publique et renouvellement d'un genre journalistique : les palmarès hospitaliers », dans Legrave, J.-B. (dir) *La Presse écrite : objets délaissés*, Paris, p. 247-270.

PIERRU F., 2007, *Hippocrate malade de ses réformes*, Paris, Editions du Croquant.

PORTER T.M., 1996, *Trust in numbers: The pursuit of objectivity in science and public life*, Princeton University Press.

POWER M., 2005, *La société de l'audit : l'obsession du contrôle*, Paris, La Découverte.

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

SAUDER M., ESPELAND W.N., 2009, « The Discipline of Rankings : Tight Coupling and Organizational Change », *American Sociological Review, 74*, 1, p. 63-82.

SEGRESTIN D., 1997, « L'entreprise à l'épreuve des normes de marché. Les paradoxes des nouveaux standards de gestion dans l'industrie », *Revue française de sociologie, 38*, 3, p. 553-585.

SIMONDON G., 1989, *Du mode d'existence des objets techniques*, Paris, Aubier.

SNOW D.A., ROCHFORD E.B., WORDEN S.K., BENFORD R.D., 1986, « Frame Alignment Processes, Micromobilization, and Movement Participation », *American Sociological Review, 51*, 4, p. 464-481.

WEAVER R.K., 1986, « The Politics of Blame Avoidance », *Journal of Public Policy, 6*, 4, p. pp. 371-398.

Annexes

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

Dans un document publié en 2002 et intitulé « construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé. Principes généraux », l'agence nationale pour l'accréditation des établissements de santé (ANAES) établit la liste des critères qui permettent de juger de la « qualité » d'un indicateur.

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

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

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

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

5. Le bon indicateur doit pouvoir faire l'*objet d'une restitution claire* : *« La clarté de la présentation des résultats des mesures est déterminante pour l'utilité et la pérennité de la démarche. Des graphiques montrant l'évolution des mesures en fonction du temps, avec des réactualisations fréquentes, permettent à l'équipe en charge d'un domaine de disposer d'éléments de suivi clairs et simples. » (p. 29)*

Annexe n°2. Liste des indicateurs qualité généralisés par l'Etat (année 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