

## **COMMENT L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ TRANSFORME L'HÔPITAL. LES DEUX VISAGES DE LA RATIONALISATION PAR LES INDICATEURS**

---

*Hugo Bertillot<sup>1</sup>*

**Résumé :** L'action publique est aujourd'hui marquée par la prolifération d'indicateurs de gestion, d'évaluation et de comparaison. Le secteur hospitalier français est un véritable laboratoire de ce mouvement. Dans l'ombre des instruments de tarification qui ont attiré l'attention des observateurs, des instruments d'évaluation de la qualité sont déployés avec discrétion par les pouvoirs publics depuis le début des années 2000. Dans quelle mesure et de quelle manière ces dispositifs transforment-ils les activités hospitalières ? A partir d'une enquête de sociologie qualitative dans quatre établissements de santé, cet article procède à l'analyse des effets instillés localement par les indicateurs de qualité. Il met en évidence l'intrication des deux visages de la rationalisation de l'hôpital : en se faisant les vecteurs de dynamiques professionnelles et néomanagériales concomitantes, ils portent formalisation, normalisation, quantification et mise en équivalence à l'intérieur des établissements.

**Mots-clefs :** action publique, évaluation, hôpital, indicateurs, instruments, quantification, rationalisation, santé

L'action publique est aujourd'hui marquée par la prolifération d'un foisonnement d'indicateurs de gestion, d'évaluation et de comparaison, qui participent d'un mouvement transversal qui a été analysé sous de nombreuses étiquettes : explosion de la « société de l'audit » (Power, 2005), essor d'un nouvel « esprit gestionnaire » (Ogien, 1995) ou encore diffusion des doctrines du « *New Public Management* » (Bezes et al., 2011). L'hôpital est particulièrement concerné par ces démarches de rationalisation gestionnaire. Depuis plusieurs décennies, il est affecté par des réformes prétendant optimiser son organisation et sa régulation (Moison, 2000 ; Pierru, 2007). En parallèle du déploiement à forte visibilité d'instruments de tarification inspirés des logiques du

---

<sup>1</sup> Chercheur associé au CSO (CNRS/Sciences Po) et Chercheur postdoctoral, EA-MOS (EHESP, USPC)

*New Public Management* (Belorgey, 2010), des dispositifs d'évaluation de la qualité des soins ont été discrètement généralisés par les pouvoirs publics depuis la fin des années 1990 (Castel et Robelet, 2009 ; Kimberly et Minvielle, 2000 ; Setbon, 2000), parmi lesquels des indicateurs qualité censés mesurer la qualité des prises en charges. Fruit d'une histoire institutionnelle complexe<sup>1</sup>, les indicateurs évaluent la structuration des établissements dans la lutte contre les infections nosocomiales, la traçabilité des activités médicales et paramédicales dans le dossier patient, ou encore la conformité des pratiques par rapport aux normes professionnelles et bureaucratiques. Ces dispositifs sont censés informer les patients, doter les gestionnaires et les professionnels d'outils pour améliorer la qualité, et rationaliser la régulation du secteur. Ils sont aujourd'hui utilisés dans la certification, mobilisés dans la contractualisation régionale, repris par les palmarès, communiqués par les hôpitaux et affichés publiquement sur les sites institutionnels ; ils seront dès 2016 utilisés en routine dans la tarification des établissements. Nourris de savoirs professionnels, gestionnaires et métrologiques, équivoques dans leurs usages, ces indicateurs sont suffisamment plastiques pour ne pas brusquer les professionnels de santé ; ils n'en constituent pas moins une technologie normative robuste et déployée à grande échelle<sup>2</sup>.

S'ils en sont venus à susciter une forte mobilisation nationale, la capacité des indicateurs à transformer les hôpitaux est loin d'aller de soi. On peut même considérer que les établissements de santé présentent un contexte *a priori* défavorable à l'implantation de ce type de dispositifs, 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 spécifiques des bureaucraties professionnelles (Mintzberg, 1982) dans lesquelles les dispositifs de contrôle externe sont traditionnellement très contestés (Power, 1997, p. 108). Ce questionnement rejoint celui mis en avant par 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), ou 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 : 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.

---

<sup>1</sup> La quête d'une mesure officielle de la qualité remonte à la fin des années 1990, marquées par les publications des premiers palmarès médiatiques des hôpitaux, par l'affaire de la clinique du Sport et par la constitution d'une association représentant les victimes d'infections nosocomiales (Le Lien). Dans ce contexte de défiance, les pouvoirs publics ont déployé une méthodologie consensuelle, reposant sur un projet de recherche, pour mettre au point des indicateurs jugés suffisamment robustes. Dans la seconde moitié des années 2000, le ministère de la Santé et la Haute Autorité de santé (HAS) ont généralisé un ensemble d'indicateurs qualité à la collecte et à l'affichage obligatoires. Pour une sociogenèse détaillée de cette entreprise de rationalisation, qui n'est pas l'objet de cet article, voir Bertillot (2016).

<sup>2</sup> Les caractéristiques des indicateurs dont il est question dans cet article sont présentées en annexe (cf. tableau 1).

Cette littérature est traversée par une tension centrale. D'un côté, le déploiement de dispositifs d'évaluation de la qualité s'apparenterait à une démarche de *rationalisation professionnelle*, qui aboutirait plutôt à « rationaliser la médecine sans [la] standardiser » (Castel et Robelet, 2009), en laissant des marges de manœuvre importantes aux acteurs professionnels. De telles démarches cherchent à améliorer l'efficacité des pratiques du soin, notamment en équipant le jugement professionnel de nouvelles connaissances, de nouveaux outils et de nouveaux modes de raisonnement. Elles sont courantes dans les « 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 (Gadrey 1994). D'un autre côté, c'est une *rationalisation industrielle ou néomanagériale* 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). 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-managériale » (Rolland et Sicot, 2012) et d'une concurrence économique accrue, menaçant l'autonomie professionnelle. De telles démarches peuvent s'appuyer sur l'essor de critères industriels de jugement des performances, reposant 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. Les instruments comme les indicateurs constituent-ils des outils de rationalisation au service des professionnels ou les instruments d'une rationalisation néomanagériale les mettant au pas ? Dans cet article, nous voudrions contribuer à ces réflexions, en mettant ces deux thèses à l'épreuve d'une enquête empirique (voir encadré méthodologique).

### Encadré méthodologique

Cet article est issu d'une thèse consacrée aux processus de transformation que les indicateurs de qualité induisent dans le secteur hospitalier (Bertillot, 2014). Ancrée dans la sociologie de l'action organisée (Musselin, 2005), l'approche mobilisée prend au sérieux la dimension instrumentale (Lascoumes et Le Galès, 2004) et cognitive (Benamouzig, 2014) de ces indicateurs.

Notre méthodologie a consisté à saisir les indicateurs *in-vivo* à l'intérieur de quatre établissements choisis pour être comparables tout en présentant une variété de contextes. Parmi les caractéristiques communes aux établissements : une taille moyenne (entre 200 et 300 lits) et des activités standard de médecine, chirurgie, et obstétrique 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 (cf. tableau 2 en annexe). Par souci de clarté, nous désignerons les différents terrains avec des majuscules (Hôpital Public, Cliniques Privées 1 et 2, Hôpital Privé d'Intérêt Collectif), de manière à éviter toute confusion avec des propos plus généraux sur « l'hôpital public ».

Nous avons réalisé quatre campagnes d'entretiens impliquant une présence sur site de quelques semaines. Au total, un peu plus de 90 entretiens ont été réalisés entre 2009 et 2011 avec des acteurs hospitaliers, en panachant les niveaux hiérarchiques et les appartenances professionnelles (cf. tableau 3 en annexe). 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.

Plutôt que d'insister sur les nuances entre les cas, et les différences d'appropriation selon les segments professionnels, l'objectif est ici de mettre en évidence aussi clairement que possible les effets convergents des indicateurs qualité dans les quatre établissements. Les nuances locales apparaîtront ici uniquement à travers les différents exemples mobilisés, qui sont évidemment indexés à la comparaison menée avec davantage de finesse dans la thèse dont cet article est issu. Pour une analyse des mécanismes différenciés de colonisation des établissements par les indicateurs, voir Bertillot (2014, chapitre 7).

Nous étudierons successivement la dimension professionnelle (1) et la dimension néomanagériale (2) de la rationalisation par les indicateurs qualité. A l'issue de cet examen, nous soutiendrons que ces deux types d'effets locaux constituent les deux faces étroitement imbriquées d'une même dynamique de rationalisation des activités hospitalières, qui est en train de transformer l'hôpital d'autant plus profondément qu'elle s'y déploie en douceur.

## 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). Dans le domaine de la médecine, une approche se voulant plus rationalisée des pratiques s'est imposée progressivement depuis le début du XX<sup>ème</sup> siècle ; dans son hétérogénéité, cette « *evidence-based medicine* » entend améliorer l'efficacité des pratiques du soin, au bénéfice des professionnels (Marks, 1999 ; Timmermans et Berg, 2003). La démarche qualité à l'hôpital, dans sa « figure savante », s'inscrit dans ce mouvement : elle est conçue pour équiper le jugement professionnel de nouvelles connaissances, de nouveaux outils et de nouveaux modes de raisonnement. Les dispositifs de qualité peuvent dès lors normaliser la médecine dans une perspective professionnelle, sans pour autant la standardiser dans une perspective industrielle ou managériale (Castel et Robelet, 2009 ; Robelet, 2002 ; Timmermans et Berg, 1997). Dans quelle mesure les indicateurs qualité participent-ils à une telle dynamique de rationalisation professionnelle ?

### 1.1. Indicateurs et normalisation des pratiques professionnelles

Premier aspect de cette dynamique professionnelle : les indicateurs participent au vaste mouvement de normalisation des pratiques professionnelles qui s'épanouit à l'hôpital depuis plus de vingt ans. Cette normalisation s'apparente à la formalisation de procédés préservant des marges de liberté pour les praticiens (Castel et Robelet, 2009). Les établissements 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 par des professionnels qui font un usage pragmatique de la formalisation (Timmermans et Berg, 1997, 2003). Cette normalisation constitue bien souvent une ressource pour les professionnels : 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 (Castel et Merle, 2002). Cette homogénéisation des pratiques est porteuse de prévisibilité dans l'organisation du travail, et les

protocoles informatisés sont aujourd'hui davantage intégrés à la routine professionnelle, comme le souligne cette infirmière.

« [Faisant la démonstration en direct sur l'ordinateur du service] Quand je me dis "holala, je ne sais pas trop comment faire pour 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 cœlioscopie [clic], et voilà, "conduite à tenir pour une cœlioscopie", 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... » (Infirmière, chirurgie, Clinique Privée 2)

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, d'anticiper, de capitaliser les expériences passées pour faire face à des cas problématiques, ou de se placer en position plus favorable dans la relation avec les patients. En quoi les indicateurs d'Etat participent-ils à ce vaste mouvement ? Les démarches d'évaluation chiffrée ont le pouvoir d'instituer et de normaliser les catégories qu'elles prétendent décrire (Desrosières, 1993, 2014 ; Espeland et Stevens, 1998 ; Power, 1997). 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 indicateurs proviennent d'un ensemble de règles établies et validées en interaction avec certaines sociétés savantes médicales. En évaluant la conformité des pratiques locales par rapport à des normes au moins en partie *professionnelles*, les indicateurs sont susceptibles de renforcer l'emprise de ces dernières, au bénéfice d'acteurs en quête d'efficacité dans leurs pratiques. On peut saisir ce processus à l'œuvre en observant les effets des indicateurs les plus anciens, généralisés dès 2005 par le ministère de la Santé, qui normalisent très sensiblement les pratiques d'hygiène et de prévention des infections. S'il serait exagéré d'affirmer que les indicateurs sont à la source de ce mouvement de normalisation des pratiques, de nombreux indices montrent que ces derniers le *renforcent* de manière très convergente.

Les pratiques d'hygiène se sont considérablement transformées au cours de la dernière décennie<sup>1</sup>. Les quatre établissements d'enquête ont formalisé de manière très similaire leur politique de lutte contre les infections nosocomiales, en recrutant des équipes opérationnelles d'hygiène et en composant des comités de lutte contre les infections nosocomiales. Cette dynamique d'organisation a porté des conséquences bien concrètes sur certaines pratiques : 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. Cette tendance lourde est reconnue comme un progrès dans la prise en charge des patients par la plupart des acteurs professionnels dans les quatre établissements. Elle ne va pourtant pas de soi : cette « amélioration » 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

<sup>1</sup> 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 (Carricaburu et Lhuillier, 2009).

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 est tout particulièrement visible dans l'Hôpital Public, 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 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 la société française d'hygiène hospitalière publiée en 2001, qui établit la supériorité de la désinfection des mains aux solutions hydroalcooliques par rapport au lavage chirurgical à la Bétadine : la désinfection hydroalcoolique se révèle moins contraignante ; elle est aussi jugée plus efficace, et donc susceptible de limiter les risques d'infections<sup>1</sup>. 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 qu'il jugeait suspecte au regard de sa formation initiale et de ses habitudes éprouvées. Après trois ans de résistance aux arguments de l'équipe d'hygiène, ce sont les indicateurs du ministère, publiés pour la première fois en 2006, qui ont déclenché le basculement de ce médecin : le « mauvais » score de l'hôpital à l'indicateur de consommation des solutions hydroalcooliques (ICSHA)<sup>2</sup> – classement D – et le ralliement concomitant de la société française d'anesthésie-réanimation à l'usage des solutions hydro-alcooliques, à travers la publication d'une recommandation, ont permis de vaincre ses réticences. 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 que les indicateurs n'étaient pas bons du tout au niveau de la qualité, ça les a bougées ! »*  
(Infirmière, référente hygiène, pôle anesthésie bloc opératoire, Hôpital Public)

La force sociale des indicateurs qualité, 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 s'ancre 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.

---

<sup>1</sup> D'après l'équipe d'hygiène de l'hôpital, 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.

<sup>2</sup> Cet indicateur évalue le volume de solutions hydroalcooliques acheté par l'établissement, rapporté aux journées d'hospitalisation. Il s'appuie sur les normes édictées par la société française d'hygiène hospitalière (cf. tableau 1 en annexe).

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. 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 opératoire<sup>1</sup>. Un autre indicateur, sous la forme d'un indice triennal, implique de suivre les taux d'infections au *staphylococcus aureus* résistant à la méticilline, qui est un antibiotique couramment utilisé dans les hôpitaux. Pris ensemble, ces deux indicateurs permettent de se comparer aux moyennes nationales des établissements comparables, qui jouent de fait un rôle de norme, afin de repérer d'éventuelles déviations, de chercher à les expliquer et à les limiter. La surveillance des infections nosocomiales se pratique dorénavant en routine dans les quatre établissements. 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 professionnels<sup>2</sup>. 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. 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.

*« 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, Hôpital Privé d'Intérêt Collectif)

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. A 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 ont pris en main le travail d'objectivation des risques, d'analyse des causes et de transformation des pratiques. Les effets concrets de ces plans d'action sont difficiles à objectiver. Il arrive toutefois que le suivi des infections contribue

---

<sup>1</sup> Cet indicateur objective la mise en place par l'établissement d'une surveillance épidémiologique des patients après leur intervention chirurgicale (cf. tableau 1 en annexe).

<sup>2</sup> 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.

directement à des apprentissages collectifs et des transformations des pratiques. Par exemple, à l'Hôpital Privé d'Intérêt Collectif, 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 a 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. Le suivi des taux d'infection, très directement lié à certains indicateurs d'Etat, est à l'origine d'apprentissages collectifs et de transformations de pratiques. Les indicateurs participent ainsi à une rationalisation professionnelle de type *cognitif*, impliquant une formalisation des procédés de résolution de problèmes, 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, Hôpital Privé d'Intérêt Collectif)

Les exemples développés ci-dessus révèlent 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 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 indicateurs 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, sans que ce changement ne signifie la fin de l'autonomie dans l'exercice des activités médicales ou la standardisation absolue des pratiques.

## 1.2. Indicateurs et traçabilité des activités hospitalières

Deuxième aspect de cette dynamique professionnelle : les indicateurs entretiennent une relation étroite avec la mise en traçabilité des pratiques médicales, qui constitue un aspect important des démarches de rationalisation déployées par les professionnels (Gadrey, 1994). Des travaux ont montré comment 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). Les protocoles médicaux formalisés peuvent notamment devenir des outils structurants de coordination des prises en charge (Timmermans et Berg, 2003). Or, la formalisation des prises en charge s'est considérablement développée à l'hôpital depuis le début des années 2000, et les



professionnels ont appris à tracer davantage leurs différentes activités<sup>1</sup>. Pour se faire une idée du degré de traçabilité aujourd'hui en vigueur, on peut suivre la description que propose, dossier patient en main, la cadre du service de cardiologie-pneumologie de l'Hôpital Public.

*« 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 spécifiques à la cardio : aérosol, oxygène, saturation, le poids qui est très important chez nous [...]. Maintenant, il y a une obligation de bien faire apparaître 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'examen. 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 infirmières. [...] 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. »* (Infirmière faisant fonction de cadre, cardiologie-pneumologie, Hôpital Public)

Ce n'est pas un hasard si l'évaluation du dossier a été placée au cœur des indicateurs déployés par l'Etat : indicateur de tenue du dossier patient, de tenue du dossier anesthésique et de traçabilité de la douleur jouent ici un rôle de premier plan, en mesurant le taux de dossiers patients jugés « conformes » aux attentes institutionnelles, à partir de l'évaluation de critères de traçabilité de certaines informations<sup>2</sup>. Ce sont des instruments bureaucratiques contraignants qui jouent un rôle de premier plan dans la mise en traçabilité des pratiques. 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, afin d'améliorer le résultat de l'indicateur. A l'Hôpital Public, les médecins anesthésistes ont transformé la structure de leurs dossiers suite à des résultats jugés décevants pour l'indicateur de tenue de leurs dossiers anesthésique. La progression à l'indicateur de tenue du dossier patient constitue aussi l'objectif du groupe de travail qui a pris en charge l'amélioration du dossier patient. Dans l'Hôpital Privé d'Intérêt Collectif, 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

<sup>1</sup> Il s'agit 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.

<sup>2</sup> L'indicateur de tenue du dossier patient 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 qui évalue le dossier anesthésique. L'indicateur de traçabilité de la douleur évalue quant à lui la présence d'une mesure chiffrée de la douleur dans le dossier du patient (cf. tableau 1 en annexe).

tenue du dossier patient. 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 indicateurs : les deux cliniques ont informatisé leurs dossiers patients, afin 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. Si cet essor de l'écrit implique un travail formel associé à une forme de « sale boulot administratif » – sur lequel nous reviendrons par la suite -, la plupart des professionnels, même parmi les plus critiques, considèrent que cette dynamique ne se limite pas à sa dimension purement administrative, mais constitue une forme de progrès dans la pratique. 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.

Premièrement, 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). Ce qui est « mesuré » en vient à « compter » davantage (Bevan et Hood, 2006) aux yeux des professionnels, qui reconnaissent l'intérêt de ces pratiques auparavant trop souvent délaissées. Les indicateurs 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. L'écriture rigoureuse et précise des prescriptions médicamenteuses fait par exemple l'objet d'une évaluation à travers l'indicateur de tenue du dossier patient. Or, 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 lourdes 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. C'est aussi le cas de l'évaluation chiffrée de la douleur par les soignants. 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 au sein de l'Hôpital Privé d'Intérêt Collectif, où le comité de lutte contre la douleur 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 comité a alors transformé le dossier infirmier pour permettre de tracer systématiquement l'absence de douleur ; il a également organisé la mobilisation et la formation des infirmiers 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 ! »* (Infirmier en médecine interne, Hôpital Privé d'Intérêt Collectif)

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 Privée 2, le réseau de périnatalité régional auquel participe l'établissement est l'un des vecteurs de la traçabilité. Il 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, Clinique Privée 2)

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.

Deuxièmement, cette mise en traçabilité constitue une condition nécessaire à la continuité de la chaîne de soins entre les différents acteurs qui collaborent à la prise en charge. Les principaux indicateurs d'Etat, 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. La traçabilité des informations est un gage de lisibilité et de prévisibilité dans le passage de relais. Elle est cruciale, d'abord, pour se coordonner entre professionnels à l'intérieur d'un service de soin. 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... »*

(Infirmière, service de médecine interne, Hôpital Privé d'Intérêt Collectif)

Les anesthésistes 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 oncologues à la Clinique Privée 1 considèrent qu'il est salutaire que la consultation dédiée à l'annonce de la maladie en oncologie soit davantage formalisée et tracée qu'auparavant. Il en va de même dans le service de médecine interne de l'Hôpital Privé d'Intérêt Collectif, qui prend en charge des patients dont le diagnostic est parfois difficile à établir : il est alors très utile de pouvoir lire dans le dossier ce qui a déjà dit ou n'a pas encore été dit. La traçabilité des informations du dossier est présentée comme cruciale, ensuite, 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 patient. 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. 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, Hôpital Privé d'Intérêt Collectif)

Enfin, la coordination du travail de soin avec l'extérieur dépend 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 de l'Hôpital Public, 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.

Evidemment, les professionnels n'ont pas attendu les indicateurs d'Etat pour se coordonner, par l'intermédiaire de notes, de cahiers, d'appels téléphoniques, de réunions ou d'échanges informels qui ont encore souvent leur préférence (Grosjean et Lacoste, 1998). La plupart des acteurs saluent toutefois l'évolution en cours vers une systématisation, une formalisation, une codification de cette traçabilité, 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 indicateurs 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.

### 1.3. Les indicateurs et l'enracinement local de l'*evidence based medicine*

Troisième et dernier aspect de cette dynamique professionnelle : les indicateurs contribuent à enraceriner localement une approche davantage *evidence-based* de la médecine<sup>1</sup>. Trois dimensions majeures de cette dynamique peuvent être distinguées. 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 ; Timmermans et Berg, 1997 ; Castel et Robelet, 2009). Elle est enfin 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 (Boyd, 1998 ; Castel et Dalgarrondo, 2005 ; Castel, 2002). Articulés à une variété d'autres dispositifs, les indicateurs se font les vecteurs de ces trois dimensions de l'*evidence based medicine*.

En premier lieu, les indicateurs participent à l'essor d'une évaluation plus quantitative des pratiques professionnelles. 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. Les indicateurs d'Etat, articulés à la certification et aux évaluations de pratiques professionnelles<sup>2</sup> sont en train de changer doublement cette situation, en familiarisant les professionnels à une approche davantage quantifiée de l'évaluation. L'enquête montre que les médecins qui se mobilisent dans le cadre des évaluations des pratiques professionnelles 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. Pour le mettre en évidence, on peut s'arrêter sur une démarche d'évaluation mise en place par les médecins réanimateurs de l'Hôpital Privé d'Intérêt Collectif. 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

---

<sup>1</sup> Ce mouvement de long cours et aux dimensions plurielles s'est imposé de manière croissante dans les dernières décennies du 20<sup>ème</sup> siècle (Berg, 1995 ; Timmermans et Berg, 2003) ; il s'est déployé 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).

<sup>2</sup> Ces trois dispositifs sont étroitement articulés, tant au niveau institutionnel que local. Les indicateurs d'Etat ont notamment pour vocation d'équiper la procédure de certification des établissements, afin de la doter d'une mesure réputée fiable et objective. L'organisation d'évaluations fait aussi partie des critères de la certification.

de l'hôpital. Il s'agissait d'abord et surtout d'évaluer la pertinence-même de ce type d'intervention en urgence, dont les réanimateurs de l'établissement font l'expérience une fois tous les quinze jours en moyenne. Cette intervention est caractérisée par un taux d'échec très élevé. Elle se révèle par conséquent aussi perturbante que démoralisante pour les réanimateurs. Les réanimateurs ont inventé leur propre grille d'évaluation et 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. 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.

*« 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, Hôpital Privé d'Intérêt Collectif)

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.

*« Je me suis dit "je vais faire cette évaluation pour dire que je ne monterai même plus". [...] 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, hein... Donc 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, Hôpital Privé d'Intérêt Collectif)

Cet exemple est riche d'enseignements. D'abord, parce qu'il révèle que ce type d'évaluation quantitative des pratiques, loin de se cantonner à des analyses de processus ou de ressources, en vient aujourd'hui à toucher des questions au cœur de la prise en charge, à travers l'analyse d'activités en lien direct avec la vie et la mort des patients. Ensuite, 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. Enfin, cet exemple montre 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, mais atteint des formes locales de « *working knowledge* » au sens d'E. Freidson (1986), c'est-à-dire de savoirs mis en pratique dans les activités de soin routinières.

En deuxième lieu, ils contribuent à porter une approche plus formalisée du soin. En véhiculant des raisonnements nouveaux au sein des hôpitaux, ils ont un effet propre sur la cognition des acteurs professionnels locaux, et participent au « basculement de la pathophysiologie à l'épidémiologie » (Timmermans et Kolker, 2004, p. 183), c'est-à-dire du passage d'une approche centrée sur le bénéfice individuel des pratiques pour le patient à une approche plus systémique, collective et formelle. On peut le saisir à la manière dont l'indice composite de bon usage des antibiotiques contribue à transformer les pratiques de prescription d'antibiotiques. Dans le cadre d'une politique nationale qui cherche à limiter la consommation<sup>1</sup>, cet indicateur objective le niveau d'engagement de l'établissement de santé dans une stratégie d'optimisation de l'efficacité des antibiotiques<sup>2</sup>. Depuis quelques années, les établissements mesurent leur consommation. 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 le président du comité de lutte contre les infections nosocomiales de l'Hôpital Privé d'Intérêt Collectif.

*« 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 Comité de lutte contre les infections nosocomiales,  
Hôpital Privé d'Intérêt Collectif)

Cet établissement est particulièrement concerné du fait d'un volume de prescriptions d'antibiotiques supérieur à la moyenne. Faisant ce constat problématique, les membres du comité de lutte contre les infections nosocomiales 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

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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 qui a pris en charge, en lien étroit avec les pharmaciens, le suivi quantifié des prescriptions d'antibiotiques et la stratégie d'optimisation.

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, Hôpital Privé d'Intérêt Collectif)

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. Cette démarche et d'autres actions du comité de lutte contre les infections nosocomiales ont d'ailleurs fini par avoir des conséquences quantifiables, puisque la consommation d'antibiotiques est en net recul à l'intérieur de l'établissement. Cet indicateur n'est pas le seul à participer à ce changement : en matière d'hygiène, les praticiens ont dû s'en remettre à des études épidémiologiques soutenant la supériorité des solutés hydro alcooliques dont la consommation est évaluée par l'indice de consommation de solutions hydro-alcooliques, parfois contre leur intuition empirique en faveur de désinfections plus « spectaculaires » ; la comptabilisation des infections associées aux soins, encouragée par l'indicateur de surveillance des infections de bloc opératoire, oblige les chirurgiens à s'intéresser non plus seulement à l'accomplissement du geste chirurgical, mais aussi au processus d'ensemble de prise en charge au bloc opératoire. 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.

En dernier lieu, des dispositifs plus collectifs de contrôle des pratiques professionnelles sont en train de prendre leur essor dans les établissements, sur le socle de la traçabilité accrue des informations notamment induite par les indicateurs d'Etat. La prise en charge médicale étant de plus en plus considérée comme le « produit d'une action organisée » (Setbon, 2000, p. 54), cet essor d'un exercice plus collégial des pratiques constitue la troisième facette importante de l'*evidence based medicine*. Les revues de morbidité constituent un bon révélateur de cette dynamique<sup>1</sup>. Dispositif pourtant imposés de l'extérieur, ces revues en viennent à susciter des formes d'adhésion professionnelle, ce qui leur permet d'instiller une approche plus collective de l'exercice de la médecine. Selon la définition officielle, il s'agit d'organiser l'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. Le dossier patient, à travers les

---

<sup>1</sup> Il s'agit de l'un des dispositifs déployés par la Haute Autorité de santé dans la seconde moitié des années 2000. Elles sont exigibles dans le cadre de la procédure de certification en anesthésie-réanimation, en chirurgie et en cancérologie.



différentes informations qui y sont tracées, constitue le principal support de cette évaluation collective. Organisées à l'échelle d'un service de soin, de l'établissement ou dans le cadre d'un réseau, cette revue de morbidité 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, Hôpital Privé d'Intérêt Collectif)

Si toutes les revues de morbidité ne traitent pas de cas aussi dramatiques, on comprend à travers cet exemple qu'elles peuvent aborder des problèmes graves, soulevant des questions de responsabilité médico-légale. Pourtant, les revues de morbidité 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 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 qualité<sup>1</sup>. Ce succès s'explique par la philosophie particulière de ce dispositif, qui met 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. Les pairs et leurs vécus d'expériences similaires ou comparables constituent bien souvent une ressource pour mener à bien l'analyse. Il n'est pas rare que le comité conclue à une prise en charge conforme aux pratiques attendues dans les circonstances données. A d'autres occasions, ces revues peuvent être l'occasion d'apprentissages collectifs aux conséquences plus 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 revues de morbi-mortalité 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

---

<sup>1</sup> A titre d'exemple de cette évolution, à la Clinique Privée 2, 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.

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 pas tous les problèmes rencontrés dans les établissements, les revues 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. A travers l'étude de cas concrets, ces réunions 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). Si l'*evidence-based medicine* n'a pas attendu les indicateurs généralisés par l'Etat pour se déployer dans le champ hospitalier, 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.

En somme, dans une certaine mesure, l'étude des effets 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 indicateurs ne sont pas les seuls vecteurs de cette rationalisation, ils y contribuent, de manière directe ou subtile, à travers des effets empiriquement bien identifiables et convergents dans les établissements. Est-il opportun, pour autant, d'affirmer que les indicateurs qualité 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 des indicateurs

viendrait alors confirmer les conclusions des auteurs qui se sont intéressés à d'autres dispositifs qualité : « la rationalisation en cours n'est pas nouvelle [...]. 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 » (Castel et Robelet, 2009, p. 98). A notre sens, cette thèse appelle plutôt à être nuancée. Les usages professionnels se déploient dans les limites d'un cadre bureaucratique contraignant. Ce qui est utilisé comme ressource par les acteurs du soin, c'est un ensemble de normes, qui ne sont plus exclusivement professionnelles mais portées par une panoplie de dispositifs obligatoires, et qui en viennent aujourd'hui 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. La mise en évidence du seul visage « professionnel » de la rationalisation ne suffit pas à rendre compte de l'ensemble du processus.

## 2. UNE DYNAMIQUE DE RATIONALISATION NÉOMANAGÉRIALE ?

Certes, c'est avec une certaine prudence qu'il faut accueillir l'idée d'une « industrialisation » des services professionnels (Gadrey, 1994). Pourtant, de nombreux éléments soulèvent la question de la dimension néomanagériale de la rationalisation de l'hôpital, qu'il s'agisse des références omniprésentes dans les hôpitaux au « modèle » de l'entreprise (Pierru, 1999) ou du rôle joué par la « figure industrielle » dans la conception des démarches qualité (Robelet, 2002). La distinction classique opérée par J. Gadrey (1994, p.174-178) 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, au profit de l'automatisation des processus et au détriment de l'autonomie des professionnels. 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. Ce sont les effets présumés forts de cette dernière acception de la rationalisation industrielle que dénoncent les analystes du *New Public Management*. A suivre ces auteurs, la dynamique de rationalisation néo-managériale repose sur l'action volontariste de « l'Etat néolibéral », sur un vaste processus de bureaucratisation (Hibou, 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). Dans quelle mesure les indicateurs qualité participent-ils à une telle dynamique de rationalisation néomanagériale ?

### 2.1. Contrôle et concurrence : la discipline des indicateurs qualité

S'ils sont à bien des égards des instruments plastiques et ambivalents, les indicateurs de qualité sont loin d'être de simples dispositifs procéduraux creux. 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. Les indicateurs partagent ainsi certaines caractéristiques

essentielles des instruments de *benchmarking* devenus typiques du déploiement de ce que certains auteurs ont décrit comme un « régime néolibéral » d'évaluations quantitatives, participant d'une mise sous pression généralisée (Bevan et Hood, 2006 ; Bruno et Didier, 2013 ; Desrosières, 2014 ; Espeland et Sauder, 2007). 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 (Foucault, 1975), qui conduisent les acteurs professionnels à intérioriser les contraintes et à devenir les « complices » des nombres qui les évaluent (Espeland et Stevens, 1998). Dans cette perspective, les indicateurs induisent deux types d'effets disciplinaires étroitement imbriqués.

D'une part, ils contribuent à renforcer le contrôle exercé par les institutions publiques sur les activités professionnelles, en rendant les organisations et les activités davantage *auditables* (Power, 2005 [1997]), c'est-à-dire plus descriptibles, analysables et contrôlables. L'un des obstacles classiques à la rationalisation industrielle des services professionnels réside dans la faiblesse des moyens techniques de l'exercice du contrôle<sup>1</sup>. Les moyens techniques du contrôle hiérarchique ne sont d'ailleurs pas apparus en un jour dans le secteur industriel ; 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 productives<sup>2</sup>. C'est bien un processus similaire 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 programme de médicalisation des systèmes d'information, et au renforcement d'une technostucture d'acteurs chargés de la faire fonctionner localement, au premier rang desquels les départements d'information médicale. Les indicateurs qualité participent à ce mouvement. En induisant une traçabilité et une commensurabilité accrues de nouvelles dimensions du travail professionnel, ils renforcent les appareils d'écriture existants et se font les instruments d'une forme de surveillance hiérarchique. Subtilement, les indicateurs mettent en visibilité certains aspects des activités. Faisant peser le regard des patients et des tutelles sur les acteurs professionnels, ils constituent « un appareil où les techniques qui permettent de voir induisent des effets de pouvoir » (Foucault, 1975, p. 201). La mise en visibilité des pratiques permise par les indicateurs est d'autant plus sensible qu'elle est renforcée par la « portabilité des nombres » (Espeland et Sauder, 2007), qui amène les résultats chiffrés à circuler plus facilement que d'autres formes complexes d'information<sup>3</sup>. Ce médecin du département d'informations médicales décrit bien sa perception de l'essor d'un contrôle bureaucratique asymétrique.

---

<sup>1</sup> Il n'existe en général « aucun moyen pour ceux qui "supervisent" les 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)

<sup>2</sup> 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 (Chandler, 1977 ; Lefebvre, 2003).

<sup>3</sup> Les résultats des indicateurs 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 tutelles, elles ont toutes les données ! Ils voient l'hôpital sous toutes les coutures, vous avez les trucs de qualité, du programme de médicalisation des systèmes d'information, la statistique annuelle des établissements de santé... 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'approprier 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'inspection générale des affaires sociales 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 de département d'informations médicales, Hôpital Privé d'Intérêt Collectif)

Le ressenti de ce médecin est typique d'une perception qui se retrouve de manière beaucoup plus diffuse dans les discours des nombreux soignants qui prennent au sérieux la surveillance qui s'exerce sur eux sans mettre en avant un tel degré d'anxiété<sup>1</sup>. Il n'est pas nécessaire d'adhérer aux principes des indicateurs qualité pour que ces derniers induisent une forme d'autodiscipline : il suffit d'anticiper la surveillance extérieure à laquelle ils contribuent pour trouver une raison de s'y conformer (Bevan et Hood, 2006). 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 ; elle n'opère pas non plus d'une manière déconnectée des usages professionnels mis en évidence précédemment. Au contraire, la surveillance s'articule le plus souvent aux usages professionnels, sur lesquels elle pèse. Comme dans d'autres cas (Sauder et Espeland, 2009), coercition et séduction jouent 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 indicateurs 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 : les indicateurs qualité 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. Cela amène des acteurs peu convaincus par les critères des indicateurs qualité à faire évoluer leurs pratiques moins par conviction que dans une logique 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 de la Haute Autorité de santé 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, Clinique Privée 2)

Le pouvoir exercé par les indicateurs est un pouvoir distribué, auquel collaborent activement les acteurs professionnels, au premier rang desquels les responsables qualité

<sup>1</sup> Toute proportion gardée, nous retrouvons un mécanisme mis en évidence dans le cas typique du *panopticon* développé par M. Foucault : 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-mêmes (Foucault, 1975, p. 220).

et les professionnels engagés dans leurs démarches. C'est très visible dans ces propos du président de la conférence médicale d'établissement de l'Hôpital Privé d'Intérêt Collectif qui, sachant son établissement surveillé, relaie localement l'information, contribuant à ce que ses collègues perçoivent à leur tour cette surveillance.

« La diapo d'entrée de ma présentation d'hier en commission médicale d'établissement [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 la Commission médicale d'établissement, Hôpital Privé d'Intérêt Collectif)

D'autre part, les indicateurs qualité se font des vecteurs de discipline en ce qu'ils participent à une discrète mise en concurrence des établissements. Mais il nous faut comprendre par quels mécanismes précis. Certains auteurs, à partir de cas emblématiques, défendent l'idée que l'intense déploiement de dispositifs 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, la quantification peut créer de l'équivalence et de la comparabilité (Espeland et Stevens, 1998). 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<sup>1</sup>. Si les indicateurs participent bien à cette dynamique, c'est de manière subtile. Bâties pour mettre en équivalence et hiérarchiser les établissements sur les dimensions de la qualité, ils alimentent une foule de supports matériels permettant la comparaison. Toutefois, cette volonté de mise en équivalence s'est incarnée dans des instruments prudents par rapports à la question sensible de la concurrence : les indicateurs évaluent la qualité à l'échelle des établissements plutôt que des services ou des professionnels ; ils évaluent davantage la qualité de processus que les résultats de la prise en charge ; ils sont davantage bâties pour faire converger l'ensemble des établissements vers « les meilleurs » ou pour blâmer les « déviants » que pour classer individuellement les établissements<sup>2</sup>. Pourtant, la surveillance qu'équipent les indicateurs de qualité est également concurrentielle, dans la mesure où le regard des patients est de plus en plus redouté localement. De par leur incorporation dans les

---

<sup>1</sup> 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)

<sup>2</sup> 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).

palmarès hospitaliers depuis la fin des années 2000, les indicateurs ont un effet disciplinaire très clair sur les gestionnaires et certains professionnels des établissements les plus exposés à la concurrence. 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, Hôpital Privé d'Intérêt Collectif)

Or, cette évolution n'est pas neutre : en retour, ces palmarès qui intègrent ces indicateurs contribuent à une *perception accrue* de la concurrence qui s'établit entre les établissements. Ils font aujourd'hui partie des éléments, parmi d'autres, 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'indice composite de lutte contre les infections nosocomiales, 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, Clinique Privée 2)

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 indicateurs contribuent ainsi, à leur mesure, à cadrer cognitivement la réflexion sur la concurrence : on regarde les scores 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. 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. Si le fait de se comparer à d'autres professionnels ou d'autres établissements n'est évidemment pas nouveau<sup>1</sup>, les indicateurs contribuent à changer la donne en ancrant ces comparaisons dans des systèmes d'information davantage formalisés et rationalisés. Ils viennent s'ajouter à un ensemble de dispositifs qui ont fait leur place dans les établissements, et qui acclimatent

<sup>1</sup> 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 travaillé dans la « 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 ».

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. Cet essor de pratiques de comparaison formalisées, quantifiées, et transversales ne porte pas à lui seul une dynamique de concurrence brutale entre établissements, mais opère subtilement. Cette mise en équivalence 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. Les indicateurs portent 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 cela, les indicateurs contribuent à une homogénéisation en puissance des organisations, à une forme de standardisation des procédés typique de la rationalisation industrielle (Gadrey, 1994, p. 188).

A travers leur pouvoir disciplinaire, les indicateurs 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 selon laquelle les dispositifs de normalisation pourraient bien révolutionner le « rapport cognitif » des professionnels à l'organisation (Segrestin, 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. 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 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 indicateurs, 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, Clinique Privée 2)

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. Les usages externes des indicateurs qualité, encore incertains dans la pratique, sont déjà très largement attendus et 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. 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.

## 2.2. Rationalisation et bureaucratisation : la « cage de fer » des indicateurs

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 (Weber, 1995 [1921]). 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, d'aliénation et de bureaucratisation (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 professionnels, et d'effets pervers sur la qualité des soins (Belorgey, 2009, 2010, 2013). Dans une certaine mesure, les indicateurs participent à ce mouvement, de deux manières.

En premier lieu, leur déploiement est concomitant de celui d'une dynamique de rationalisation économique plus brutale, avec laquelle ils entretiennent des relations troubles. Depuis une quinzaine d'années, le déploiement d'indicateurs d'activité médico-économiques – notamment à travers le programme de médicalisation des systèmes d'information – affecte lourdement le monde hospitalier<sup>1</sup>. Trois des quatre établissements dans lesquels nous avons enquêté étaient fortement affectés par un mouvement de maîtrise des dépenses, lié – sans pour autant s'y réduire – à la mise en application de la tarification à l'activité. Si la qualité est bien souvent présentée comme sanctuarisée par rapport aux enjeux économiques, les deux démarches entretiennent des liens plus ambivalents qu'il n'y paraît de prime abord. Le formidable déploiement de dispositifs concernant la sécurité des soins, la gestion des risques, la qualité et la normalisation des pratiques professionnelles peut ainsi s'interpréter comme le pendant de ce vaste mouvement de maîtrise des dépenses. De nombreux acteurs professionnels saisissent dans leurs activités quotidiennes ce lien implicite entre deux formes de rationalisation. Ils 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 rendent nécessaire les démarches de formalisation et de codification des activités médicales, d'organisation de la continuité des soins, de

---

<sup>1</sup> Il s'accompagne notamment de l'essor d'un vocabulaire néo-managérial (Pierru, 1999) aujourd'hui intégré 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) qui donnent lieu à des jeux de calcul et d'optimisation du « codage des actes » de la part des médecins et de leurs secrétaires médicales ; il est à l'origine d'une intensification du travail médical et paramédical (Gheorghiu et Moatty, 2013).

normalisation des pratiques, sans lesquelles la recherche de productivité ne pourrait qu'avoir des conséquences néfastes sur le processus des prises en charge.

*« 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, Hôpital Privé d'Intérêt Collectif)

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. Ce médecin interniste 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 de traçabilité de la douleur.

*« 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, Hôpital Privé d'Intérêt Collectif)

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 ; 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 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, Hôpital Public)

Les professionnels ont parfois l'impression d'être 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 brutale des durées de séjour. 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.

En second lieu, de par la traçabilité accrue qu'ils induisent, les indicateurs portent une bureaucratisation des établissements, vécue comme un véritable fardeau par certains professionnels. En effet, 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 cet article. Le travail de traçabilité se révèle coûteux en temps, en énergie, voire en effets pervers pour les différents acteurs professionnels qui doivent l'assumer<sup>1</sup>. De manière très convergente, le recours à l'écrit est jugé excessif et « chronophage » par les professionnels. Mais la mise en traçabilité intensifie inégalement la charge de travail des différents acteurs hospitaliers. Les médecins sont les premiers à dénoncer une dérive qui les éloigne de leur cœur de métier lors de la prise en charge au bloc opératoire, dans les services de médecine, ou encore lors de leurs consultations. 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. 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). Cette évolution est surtout ressentie par les infirmières, et d'autant plus fortement qu'elles exercent dans des services où la rotation des patients est importante.

*« 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, Clinique Privée 1)

L'intensification du travail n'est 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 dit « administratif », au détriment d'un temps passé avec les patients. Pour eux, les dimensions informelles du travail (écoute, contact, empathie, réassurance) font partie intégrante d'une activité de soin de qualité. Avec les indicateurs, ils 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, reposant uniquement sur la bonne volonté des 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, Clinique Privée 1)

Ce ressenti général prend toute son acuité dans certains services, comme le service de cancérologie de l'Hôpital Privé d'Intérêt Collectif, prenant en charge des patients atteints de cancer en phase terminale. L'infirmière expérimentée qui travaille à la coordination

<sup>1</sup> Cette face sombre de la traçabilité renvoie à une dynamique de bureaucratisation bien mise en évidence dans la littérature qui s'est intéressée aux démarches qualité ou aux démarches de normalisation dans l'entreprise (Cochoy, Garel et de Terssac, 1998 ; Mispelblom, 1999 ; Segrestin, 1996).

des soins palliatifs dans ce service vit son activité comme un engagement personnel fort dans l'accompagnement des personnes en fin de vie. 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 d'Etat correspondant.

*« 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... »* (Infirmière expérimentée, oncologie, Hôpital Privé d'Intérêt Collectif)

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. Si cette dénonciation se fait souvent autour d'aspects sans réelle gravité pour la prise en charge, il arrive que la rigidité bureaucratique ait des conséquences majeures dans la prise en charge. Ce problème est bien mis en évidence par le chirurgien orthopédiste de la Clinique Privée 2, 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, Clinique Privée 2)

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 médicolegal. [...] 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 jusqu'au-boutiste. [...] C'est à nous de décider, et pas à un administratif qui n'est pas sur le terrain. »* (Chirurgien orthopédiste, Clinique Privée 2)

La montée en puissance de l'objectivation écrite et de la quantification s'accompagne d'une intensification du travail, d'une forme de dépersonnalisation de la relation de soin et d'une rigidité bureaucratique croissante.

### 2.3. Un certain désenchantement du monde hospitalier

A travers les liens ambivalents qu'ils entretiennent avec la rationalisation économique brutale, à travers les dérives bureaucratiques qui leur sont associées, les indicateurs qualité participent inéluctablement d'un désenchantement plus général de bon nombre d'acteurs vis-à-vis de leurs activités professionnelles. Les dénonciations de la cage de fer bureaucratique font bonne mesure avec l'optimisme des experts qualité et des professionnels les plus engagés dans les démarches qualité.

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. 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 Privé d'Intérêt Collectif, et qui confie sa lassitude par rapport à ce qu'elle vit comme une 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, Hôpital Privé d'Intérêt Collectif)

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 « paient les pots cassés ». 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, Clinique Privée 1)

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 professionnels. Les règles imposées à tous et de l'extérieur par les indicateurs, au nom de formes de contrôle plus externes, paraissent souvent arbitraires et insuffisamment justifiées médicalement. Les praticiens 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, Clinique Privée 2)

*« 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, Clinique Privée 1)

Non sans lien avec les différentes affaires médico-légales qui ont fait la une des médias depuis une vingtaine d'années, ce désenchantement prend, 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 infirmiers exposés 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 et se sentent menacés par la possibilité d'un accident.

*« 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, Hôpital Public)

La traçabilité accrue des activités joue un rôle ambivalent dans ce désenchantement lié à ce que plusieurs professionnels qualifient comme le caractère procédurier de la société. Si, d'un côté, la traçabilité offre une certaine forme de « couverture » lorsqu'elle est mise en œuvre convenablement, d'un autre côté, toute incartade à cette traçabilité désigne un responsable 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, Clinique Privée 1)

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 ». 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.

En troisième lieu, ce désenchantement prend 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. 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. »*  
(Infirmière, service de chirurgie, Clinique Privée 1)

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 privé, 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, Hôpital Privé d'Intérêt Collectif)*

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 carrière, et soucieuse quant à l'avenir de ses jeunes collègues entrant dans le métier. Si de telles références au « contre-modèle » de l'industrie sont nombreuses dans les entretiens, c'est parce qu'elles constituent bien souvent une manière pour les acteurs de faire état de cette foule de changements dans lesquels ils sont pris et ne se reconnaissent plus. Elles permettent de souligner, dans le même temps, les spécificités du secteur hospitalier et les dangers de ce qu'ils perçoivent comme un modèle d'hôpital-entreprise absurde. 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.

*« On a un penchant naturel pour la bureaucratisation, 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, Clinique Privée 1)

Ce désenchantement révèle, en négatif, que les dynamiques de rationalisation de l'hôpital sont lourdement engagées. Elles transforment la manière dont ses acteurs perçoivent leurs activités. Si ce désenchantement est loin d'être lié uniquement à la généralisation d'indicateurs qualité, ces derniers y participent directement, dans leurs liens avec la traçabilité, l'auditabilité et le contrôle bureaucratique.

En somme, dans une certaine mesure, l'étude des effets locaux des indicateurs qualité permet de défendre la thèse d'une dynamique *néomanagériale* de transformation de l'hôpital. A travers leurs effets de mise en quantification, de mise en équivalence et de mise en transparence, ils ne constituent pas uniquement des ressources pour certains professionnels en mesure de se réapproprier les dispositifs. 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. De ce point de vue, les indicateurs 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 indicateurs qualité recouvrent incontestablement une dimension de contrôle nouvelle, qui ne se réduit pas aux dynamiques professionnelles mises en évidence dans la première section de cet article. Pour autant, la thèse de la rationalisation néomanagériale 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, qui repose sur la complicité active des professionnels pour instiller ses effets dans les organisations de soin. C'est en fait une articulation nouvelle entre dynamiques professionnelles et néomanagériales qui est à l'œuvre à travers cette rationalisation de l'hôpital aux deux visages.

### **CONCLUSION : RATIONALISER PAR LES INDICATEURS... POUR RATIONALISER EN DOUCEUR**

Loin d'être une bureaucratie professionnelle fixe et immuable, l'hôpital est aujourd'hui en mouvement, comme le révèle l'examen empirique approfondi des dynamiques qui se font jour autour de l'évaluation de la qualité. D'un côté, les indicateurs s'inscrivent dans le prolongement d'une dynamique professionnelle : ils sont perçus comme 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 mais irrémédiablement liées d'un même processus, qui s'imbriquent pour véhiculer un accroissement de la formalisation, de la codification, de la traçabilité, de la calculabilité et de la prévisibilité de certains aspects des activités hospitalières. Ces deux visages contrastés de la rationalisation gagnent ainsi à être analysés dans leur articulation, dans leur complexité, dans leur ambivalence et leurs paradoxes. On comprend dès lors que la puissance sociale des indicateurs repose sur l'imbrication d'une « face claire » et d'une « 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.

Ce résultat conduit à dépasser l'opposition entre les deux thèses mises à l'épreuve. Si elles permettent chacune de rendre compte d'une dimension essentielle de la rationalisation à l'œuvre, aucune ne saisit, à elle seule, l'ensemble du tableau. A la différence des tenants de la rationalisation néomanagériale, 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 stratèges, 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 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 organisés, dotés de compétences, d'autonomie et de pouvoir, c'est parce que ces derniers trouvent suffisamment de sens et d'intérêts à ces dispositifs pour s'en accommoder, les tolérer, ou s'en emparer. A travers la tension entre contraintes et appropriations, la colonisation par ces indicateurs d'Etat 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). 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 normalisation des pratiques, qu'une approche surtout attentive aux contingences, aux réappropriations stratégiques et à l'hétérogénéité ne peut pas saisir complètement.

Pour dépasser cette opposition schématique, on peut considérer que la capacité inattendue des indicateurs qualité à transformer les contextes professionnels organisés provient dans une large mesure de leur mode opératoire original : ils instillent la rationalisation *en douceur*. Le déploiement de ces indicateurs à l'échelle locale est loin d'être antithétique de l'exercice de contraintes institutionnelles. Les usages externes équivoques et inaboutis des indicateurs, leur plasticité et leur caractère composite permettent à l'échelle locale l'existence d'un certain jeu autour des règles contraignantes. La douceur est une condition majeure de la capacité des contraintes institutionnelles à pénétrer les contextes locaux. Alimentée par une multitude de facteurs, elle donne de multiples prises au processus de rationalisation, garantissant son déploiement et son effectivité.

A l'heure où la « tarification à la qualité » est généralisée à l'ensemble des établissements français, il apparaît que la dynamique qui s'est structurée autour de la qualité depuis le début des années 2000 est loin d'avoir porté tous ses effets sur les activités professionnelles et leur organisation. Un prolongement de cette recherche consisterait dès lors à saisir les effets de cet usage institutionnel durci des indicateurs sur les dynamiques locales mises en évidence dans cet article.

## RÉFÉRENCES

- ACKER F., 2006, « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue Française des Affaires sociales*, 1, 1, p. 161-181.
- AMAR L., 1996, « L'influence des changements sur le travail des soignants », dans CONTANDRIOPOULOS A.-P., SOUTEYRAND Y. (dirs.), *L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins*, Paris, John Libbey Eurotext, pp. 215-233.
- BATIFOULIER P., CAILLE A., CHANIAL P. et al., 2013, « Marchandiser les soins nuit gravement à la santé », *Revue du MAUSS*, 1, 41, p. 5-235.
- 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*, 133, p. 25-38.
- BENAMOZIG D., 2014, « Des idées pour l'action publique : instruments ou "motifs cognitifs" », dans HALPERN C., LASCOMES P., LE GALES P. (dirs.), *L'instrumentation de l'action publique*, Paris, Presses de Sciences Po, pp. 95-118.
- BENAMOZIG D., PIERRU F., 2011, « Le professionnel et le « système » : l'intégration institutionnelle du monde médical », *Sociologie du travail*, 53, 3, p. 327-333.
- BENAMOZIG D., ROBELET M., 2014, « Les indicateurs qualité et l'intégration bureaucratique de l'hôpital », *Quaderni*, 85, 3, p. 65-82.
- BERG M., 1995, « Turning a Practice Into a Science: Reconceptualizing Postwar Medical Practice », *Social Studies of Science*, 25, 3, p. 437-476.

- BERG M., 1997, « Problems and promises of the protocol », *Social science & medicine*, 44, 8, p. 1081-1088.
- 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.
- BERTILLOT H., 2016, « Des indicateurs pour gouverner la qualité hospitalière. Sociogenèse d'une rationalisation en douceur. », *Sociologie du travail*, 58, 3.
- BERTILLOT H., « Mesurer la qualité pour transformer l'hôpital. Sociologie d'une discrète quantification » *Sociologie du travail*, 58, 3, p. 227-252.
- BEVAN G., HOOD C., 2006, « What's measured is what matters: targets and gaming in the English public health care system », *Public administration*, 84, 3, p. 517-539.
- BEZES P., DEMAZIERE D., BIANIC T. LE, PARADEISE C., NORMAND R., BENAMOUZIG D., PIERRU F., EVETTS J., 2011, « New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », *Sociologie du Travail*, 53, 3, p. 293-348.
- BOYD E.-A., 1998, « Bureaucratic Authority in the "Company of Equals": the Interactional Management of Medical Peer Review », *American Sociological Review*, 63, 2, p. 200-224.
- BRUNO I., DIDIER E., 2013, *Benchmarking. L'Etat sous pression statistique*, Paris, La découverte.
- CARRICABURU D., LHUILIER D., 2009, « Les infections nosocomiales : un risque collectif en cours de normalisation ? », *Sciences sociales et santé*, 27, 4, p. 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 de doctorat en sociologie, Institut d'études politiques de Paris.
- CASTEL P., DALGALARRONDO S., 2005, « Les dimensions politiques de la rationalisation des pratiques médicales », *Sciences sociales et santé*, 23, 4, p. 5-40.
- CASTEL P., MERLE I., 2002, « Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins », *Sociologie du travail*, 44, 3, p. 337-355.
- 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.
- CHANDLER A.D., 1977, *The visible hand: the managerial revolution in American business*, Cambridge (Mass.), Belknap Press.
- COCHOY F., GAREL J.P., TERSSAC G. 1998 DE, 1998, « Comment l'écrit traverse l'organisation : le cas des normes ISO 9000 », *Revue française de sociologie*, 39, 4, p. 673-699.
- 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.
- DODIER N., 1993, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié.
- DODIER N., BARBOT J., 2000, « Le temps des tensions épistémiques : le développement des essais thérapeutiques dans le cadre du sida (1982-1996) », *Revue française de sociologie*, 41, 1, p. 79-118.
- ESPELAND W.N., SAUDER M., 2007, « Rankings and Reactivity : How Public Measures Recreate Social Worlds », *American Journal of Sociology*, 113, 1, p. 1-40.
- ESPELAND W.N., STEVENS M.L., 1998, « Commensuration as a Social Process », *Annual Review of Sociology*, 24, 1, p. 313-343.
- 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., VINOT D., 2003, « La qualité à l'hôpital : entre incantations managériales et traductions professionnelles », *Revue française de gestion*, 146, p. 155-166.
- FREIDSON E., 1986, *Professional powers. A study of the institutionalization of formal knowledge*, Chicago, The University of Chicago Press.
- GADREY J., 1994, « La modernisation des services professionnels. Rationalisation industrielle ou rationalisation professionnelle ? », *Revue Française de Sociologie*, 35, 2, p. 163-195.
- GHEORGHU M.D., MOATTY F., 2013, *L'hôpital en mouvement : changements organisationnels et conditions de travail*, Paris, Editions Liaisons Sociales.
- GROSJEAN, M., LACOSTE, M., 1998, « L'oral et l'écrit dans les communications de travail ou les illusions du "tout écrit" », *Sociologie du travail*, 40, 4, p. 439-461.
- HASSENTEUFEL P., 1997, *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne.*, Paris, Presses de Sciences Po.

- HIBOU [DIR.] B., 2013, *La bureaucratisation néolibérale*, Paris, La découverte.
- HIBOU B., 2012, *La bureaucratisation du monde à l'ère néolibérale*, Paris, La découverte.
- HUGHES E.C., 1962, « Good People and Dirty Work », *Social Problems*, 10.
- KIMBERLY J., MINVIELLE E., 2000, *The Quality Imperative. Measurement and management of quality in health care.*, London, Imperial College Press.
- LASCOUMES P., LE GALES P., 2004, *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po.
- LEFEBVRE P., 2003, *L'invention de la grande entreprise. Travail, hiérarchie, marché. France, fin XVIII-début XXe siècle*, Paris, Presses universitaires de France.
- 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.
- MARKS H., 1999, *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*, Paris, Institut Synthelabo.
- 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.
- MISPELBLUM F., 1999, *Au-delà de la qualité. Démarches qualité, conditions de travail et politiques du bonheur*, Paris, Syros.
- MOISDON J.-C., 2000, « Quelle est la valeur de ton point ISA ? Nouveaux outils de gestion et de régulation dans le système hospitalier français », *Sociologie du travail*, 42, 1, p. 31-49.
- 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.
- OGIEN A., 1995, *L'esprit gestionnaire. Une analyse de l'air du temps*, Paris, Editions de l'EHESS.
- PIERRU F., 1999, « L'hôpital-entreprise, une self-fulfilling prophecy avortée », *Politix*, 12, 46, p. 7-47.
- PIERRU F., 2007, *Hippocrate malade de ses réformes*, 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*, 194, p. 32-51.
- PIERRU F., 2013, « Les mandarins à l'assaut de l'usine à soins. Bureaucratisation néolibérale de l'hôpital français et mobilisation de l'élite hospitalo-universitaire », dans HIBOU B. (dir.), *La bureaucratisation néolibérale*, La Découverte, Paris, La découverte, pp. 203-230.
- PORTER T.M., 1996, *Trust in numbers: The pursuit of objectivity in science and public life*, Princeton, NJ, Princeton University Press.
- POWER M., 1997, *The Audit Society: Rituals of Verification*, Oxford, Oxford University Press.
- POWER M., 2005, *La société de l'audit : l'obsession du contrôle*, Paris, La Découverte.
- RITZER G., WALCZAK D., 1988, « Rationalisation and the deprofessionalisation of physicians. », *Social Forces*, 67, 1, p. 1-22.
- 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.
- ROLLAND C., SICOT F., 2012, « Les recommandations de bonne pratique en santé. Du savoir médical au pouvoir néo-managérial », *Gouvernement et action publique*, 3, 3, p. 53-75.
- ROSE N., 1990, *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self*, London, Routledge.
- 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., 1996, « La normalisation de la qualité et l'évolution de la relation de production », *Revue d'économie industrielle*, 75, 1, p. 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*, 38, 3, p. 553-585.
- SEGRESTIN D., 2004, *Les chantiers du manager*, Paris, Armand Colin.
- SETBON M., 2000, « La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ? », *Sociologie du travail*, 42, 1, p. 51-68.
- TIMMERMANS S., BERG M., 1997, « Standardization in Action: Achieving Local Universality through Medical Protocols », *Social Studies of Science*, 27, 2, p. 273-305.

TIMMERMANS S., BERG M., 2003, *The Gold Standard: The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*, Philadelphia, Temple University Press.

TIMMERMANS S., KOLKER E.S., 2004, « Evidence-Based Medicine and the Reconfiguration of Medical Knowledge », *Journal of health and social behavior*, 45 Suppl, 2004, p. 177-193.

WEBER M., 1995, *Économie et Société*, tome 1, Paris, Plon.

## ANNEXES

Tableau 1. Présentation des indicateurs qualité mentionnés dans cet article<sup>1</sup>

Nom	Dimension	Type	Calcul	Cible
<b>ICALIN</b> Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales	Hygiène, organisation de la lutte contre les infections nosocomiales	Processus et ressources	Intégration de la lutte contre les infections nosocomiales dans la politique de l'établissement. Calculé à partir de trois sous-indices, sur la base de critères relatifs à l'organisation (comme la présence d'une instance de coordination), aux moyens (comme la présence d'une équipe opérationnelle d'hygiène), et aux actions (comme la présence de protocoles et d'évaluations) (score/100 et classe A à F)	L'établissement doit obtenir un score permettant un classement A.
<b>ICATB</b> Indice composite de bon usage des antibiotiques	Usage pertinent des antibiotiques Lutte contre les résistances bactériennes	Processus et ressources	Niveau d'engagement de l'établissement dans une stratégie d'optimisation de l'efficacité des traitements antibiotiques. Il est composé de trois sous-indices à partir de critères relatifs à l'Organisation, aux moyens, aux actions. (note/20 et classe A à F)	L'établissement doit obtenir un score permettant un classement A.
<b>ICSHA</b> Indicateur de Consommation de Solutions Hydroalcooliques	Hygiène, organisation de la lutte contre les infections nosocomiales	Ressources	Volume de solutions hydroalcooliques achetées par l'hôpital en comparaison de la cible définir par les sociétés savantes d'hygiène hospitalière. 100% = 20 litres pour chaque 1000 jours d'hospitalisation. (score sur 100 et classe de A à F)	L'établissement doit obtenir un score permettant un classement A.
<b>SURVISO</b> Surveillance des Infections du Site Opératoire	Hygiène, prévention des infections de site opératoire	Processus	Organisation d'une surveillance épidémiologique des patients après une opération, dans les différents services de chirurgie de l'hôpital, en comparaison de la cible. 100% = surveillance dans tous les services pratiquant des activités de chirurgie (score/100)	L'établissement doit obtenir un score permettant un classement A.
<b>TDP</b> Indicateur de tenue du dossier patient	Qualité de la prise en charge.	Processus	Qualité de la prise en charge telle qu'elle est tracée dans le dossier patient. Trouve-t-on la traçabilité des informations jugées nécessaires ? (score de conformité / 100)	80% de conformité dans les dossiers tirés au sort
<b>DAN</b> Indicateur de tenue du dossier anesthésique	Qualité de la prise en charge anesthésique	Processus	Qualité de la prise en charge durant l'anesthésie, telle que tracée dans le dossier anesthésique. Trouve-t-on la traçabilité des informations jugées nécessaires ? (score de conformité / 100)	80% de conformité dans les dossiers tirés au sort
<b>TRD</b> Indicateur de traçabilité de la douleur	Qualité de la prise en charge de la douleur	Processus	Qualité de la prise en charge de la douleur du patient, telle que tracée dans le dossier infirmier. Trouve-t-on la traçabilité des informations jugées nécessaires ? (score de conformité / 100)	80% de conformité dans les dossiers tirés au sort

<sup>1</sup> Cette annexe reprend les informations 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. Les cibles affichées dans le tableau sont celles de 2012.

**Tableau 2. Présentation des quatre établissements d'enquête**

	Hôpital Public	Clinique Privée 1	Hôpital Privé d'Intérêt Collectif	Clinique Privée 2
<b>Région</b>	Aquitaine		Rhône-Alpes	
<b>Taille</b>	170 places MCO	110 places MCO	210 places MCO	200 places MCO
<b>Situation Socio-spatiale</b>	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
<b>Patientèle</b>	Diversifiée, dont personnes âgées dépendantes	Diversifiée, dont patientèle « haut de gamme »	Diversifiée, dont patientèle précarisée en centre-ville.	Diversifiée, dont patientèle « haut de gamme »
<b>Spécialisation</b>	Urgences et gériatrie	Chirurgie et cancérologie	Urgences et grands brûlés	Chirurgie et gynéco-obstétrique (maternité)
<b>Situation économique</b>	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.
<b>Enjeu-clé</b>	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

**Tableau 3. Synthèse des entretiens réalisés**

Nb. d'entretiens / nb. d'interviewés	Hôpital Public	Clinique Privée 1	Hôpital Privé	Clinique Privée 2	Total
<b>Directeurs et gestionnaires</b>	6	4	3	3	<b>16</b>
<b>Experts qualité</b>	5 / 3	7 / 4	4 / 2	4 / 3	<b>19 / 12</b>
<b>Médecins</b>	6	6	11	4	<b>27</b>
<b>Cadres de santé ou équivalents</b>	5	1	3	3	<b>12</b>
<b>Personnels infirmiers</b>	4 / 5	5 / 7	2	1 / 2	<b>12 / 16</b>
<b>Autres</b>	2 / 3	2 / 3	0	2	<b>6 / 8</b>
<b>TOTAL</b>	<b>28 / 28</b>	<b>24 / 25</b>	<b>23 / 21</b>	<b>17 / 17</b>	<b>92 / 91</b>