



HAL
open science

Les indicateurs qualité et l'intégration bureaucratique de l'hôpital

Daniel Benamouzig, Magali Robelet

► **To cite this version:**

Daniel Benamouzig, Magali Robelet. Les indicateurs qualité et l'intégration bureaucratique de l'hôpital. 2014. hal-01052858

HAL Id: hal-01052858

<https://sciencespo.hal.science/hal-01052858>

Preprint submitted on 28 Jul 2014

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

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



SciencesPo.

LIEPP

Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques

LIEPP Working Paper

Mars 2014, n°20

Les indicateurs qualité et l'intégration bureaucratique de l'hôpital

Daniel Benamouzig

CNRS, CSO-LIEPP

daniel.benamouzig@sciencespo.fr

Magali Robelet

Centre Max Weber – Université Lyon 2

magali.robelet@univ-lyon2.fr

www.sciencespo.fr/liepp

© 2014 by Daniel Benamouzig & Magali Robelet. All rights reserved.

Les indicateurs qualité et l'intégration bureaucratique de l'hôpital

Daniel Benamouzig et Magali Robelet

(Mars 2014)

Introduction

L'hôpital a traditionnellement bénéficié d'une certaine autonomie organisationnelle, qui résultait de la conjonction de l'autonomie des professionnels de santé et de logiques politiques territoriales (Moison & Tonneau, 1996). L'hôpital est désormais engagé dans un processus d'intégration bureaucratique tout à la fois diffus, transversal et relativement puissant. Nous proposons d'illustrer les manifestations de ce processus dans les contextes hospitaliers locaux, à partir d'une enquête sur l'introduction des indicateurs nationaux de qualité hospitalière en Aquitaine, première région à avoir expérimenté ces indicateurs, dès 2008, avant leur généralisation à l'ensemble du territoire dans le cadre des procédures nationales de certification.

Le mouvement d'intégration bureaucratique de l'hôpital est d'autant plus intéressant à étudier qu'il intervient à rebours d'intentions affichées à l'occasion de réformes engagées depuis deux décennies (Benamouzig & Pierru, 2011). Depuis les années 1990, des réformes inspirées du *New Public management* ont doté les établissements de

capacités d'arbitrage économique accrues, assorties d'incitations à l'adoption de comportements efficaces et de mécanismes de responsabilité et de transparence auprès des tutelles et du public. Ces réformes sont supposées surmonter des sources d'inefficacité, fréquentes dans les organisations bureaucratiques. Elles sont aussi censées favoriser la relative désagrégation des centres de décision, que l'on souhaite plus autonomes et davantage comptables d'engagements contractuels préalables. Différentes réformes ont institué de nouveaux acteurs intermédiaires, capables de contractualiser auprès ou au sein des établissements (agences régionales, pôles hospitaliers), ainsi que des supports d'information destinés à faciliter la contractualisation. Introduits à la fin des années 2000, les indicateurs qualité relèvent de ces logiques : destinés à renforcer la responsabilité et la transparence des établissements, voire des services, ils sont associés à la contractualisation des établissements avec leurs tutelles, notamment régionales. Or ils apparaissent aussi, de manière plus paradoxale et moins immédiatement visible, comme des vecteurs d'intégration institutionnelle. Loin de renforcer l'autonomie contractuelle des acteurs et de désagréger d'anciennes formes d'organisation bureaucratiques, ils concourent à la production de nouvelles formes bureaucratiques. Elles intègrent, parfois à leur corps défendant, des espaces professionnels et cliniques auparavant plus autonomes.

Sociologiquement ces dynamiques d'intégration bureaucratique peuvent être caractérisées par quelques traits récurrents, que l'enquête permet de spécifier empiriquement. La diffusion des indicateurs favorise la formation d'une culture organisationnelle caractérisée par un haut degré de formalisation des procédures et par la constitution d'un milieu spécialisé situé entre les acteurs traditionnels de la gestion, qui évoluent auprès des directions

d'établissements, et les professionnels du soin. L'usage des indicateurs renforce de nouveaux échelons intermédiaires, dont les activités dépassent les frontières des services et des établissements, confortant leur intégration dans un espace hospitalier plus vaste. Ce processus bureaucratique contraste tout autant avec l'ancienne autonomie à dominante professionnelle et politique des établissements qu'avec l'autonomie managériale que des réformes récentes se sont efforcées d'attribuer à l'hôpital.

L'analyse que nous proposons du déploiement des indicateurs qualité à l'hôpital vise à cerner le déploiement d'un processus d'intégration bureaucratique à l'échelle locale. Elle se différencie d'une analyse en termes d'usage, que l'on retrouve fréquemment dans la littérature sur l'appropriation des instruments de gestion, notamment à l'hôpital. Ce dernier type d'approches tend souvent à opposer des usages « bureaucratiques », limités à une mise en conformité déconnectée des préoccupations de changements des pratiques réelles et des usages jugés plus vertueux, qui passent par l'apparition de nouvelles « interactions », « négociations » ou « médiations » entre acteurs et auraient davantage de chances de produire des effets sur les pratiques réelles (Bérard, Gloanec, & Minvielle, 2009; Gomez et al., 2012; Crémieux, Saulpic, & Zarlowski, 2012). Le terme bureaucratique ne qualifie pas ici des usages mais plutôt la nature des reconfigurations organisationnelles qui accompagnent le déploiement des indicateurs qualité. Tout d'abord, et quelle que soit la diversité des usages de ces indicateurs, les objectifs et les activités concrètes associés au déploiement des indicateurs qualité (comme d'autres outils de gestion auxquels ils sont associés) renforcent l'intégration organisationnelle de segments professionnels (notamment médicaux) ou d'espaces (les « services ») qui disposaient jusqu'alors d'une plus large autonomie. Par ailleurs, cette intégration se réalise selon une

dynamique bien plus verticale qu'horizontale, notamment à travers l'émergence et la consolidation de nouvelles strates hiérarchiques intermédiaires. C'est dans ce processus d'intégration verticale, illustré de manière empirique (1^{ère} partie), que nous décrivons les modalités différenciées d'implication des acteurs hospitaliers à l'égard des indicateurs qualité, entre le partage d'une culture diffuse de la qualité et la mobilisation stratégique des indicateurs dans des jeux de pouvoir, plus familiers à la sociologie des organisations (2^{ème} partie).

Méthodologie : une enquête dans une région pilote

L'enquête sur les indicateurs qualité s'est déroulée entre 2008 et 2010 en région Aquitaine. Cette région présente plusieurs caractéristiques d'une région pilote en la matière. Tout d'abord, elle a été la première à expérimenter, en 2008, les indicateurs qualité élaborés au niveau national avant que leur recueil ne soit rendu obligatoire dans la procédure nationale de certification. De plus, dès cette période, l'Agence régionale d'hospitalisation a intégré ces indicateurs dans les contrats prévisionnels d'objectifs et de moyens (CPOM) passés avec les établissements. Enfin, un organisme associatif d'évaluation et de conseil aux établissements de santé, le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA), implanté à Bordeaux depuis 1996 est associé à cette expérimentation et accompagne les établissements dans le recueil des indicateurs qualité. Le CCECQA a également pris part à la mise en œuvre de l'enquête de terrain à travers des prises de contact, la passation et l'exploitation d'un questionnaire.

L'enquête a produit deux types de matériaux empiriques, à dominante qualitative. Un premier ensemble de données est

constitué de six monographies d'établissements hospitaliers (3 publics et 3 privés, de tailles variables), comprenant des notes d'observation (réunions de travail, commissions) et 130 entretiens réalisés auprès de personnels soignants, administratifs et d'experts locaux en qualité. Ces derniers ont été complétés d'autres entretiens auprès des tutelles régionales et nationales et d'experts régionaux et nationaux. Un second ensemble de données est issu d'une enquête par questionnaire auprès des personnes les plus directement impliquées dans les démarches d'amélioration de la qualité dans les établissements (417 répondants répartis dans 107 établissements). Réalisé par commodité par l'intermédiaire de correspondants en charge de la qualité dans leur établissement, le recueil par questionnaire souffre par construction d'un biais de recrutement, qui ne permet pas d'évaluer les perceptions des personnels hospitaliers à l'égard des indicateurs mais permet en revanche de cerner les caractéristiques de professionnels les plus proches des questions relatives à la qualité, disposant notamment d'un temps professionnel dédié à cette fonction. Le traitement des données a donné lieu à un rapport de synthèse pour la Haute Autorité de Santé (Benamouzig, Robelet, Bertillot, Levif, & Velpry, 2010).

1. Des dynamiques d'intégration à dominante verticale

La référence aux indicateurs de qualité hospitalière émerge en France dans les années 1990, en lien avec plusieurs effets de conjoncture. Ces indicateurs bénéficient de l'intérêt que leur portent plusieurs pays dont les politiques de santé sont observées en France, en particulier les États-Unis et la Grande-Bretagne où le projet politique de Troisième voie de Tony Blair s'appuie sur un usage intensif d'indicateurs, notamment au sein du NHS (Le Galès & Scott, 2008).

Les indicateurs qualité bénéficient aussi de l'intérêt croissant d'organisations internationales, comme en témoignent les initiatives de l'OMS en 2000 et l'OCDE en 2003 (OMS, 2000; OCDE, 2003).

En France, la réflexion sur les indicateurs de qualité à l'hôpital se développe de manière concomitante, et bénéficie d'un renouveau dans un contexte de réponse des pouvoirs publics à la mobilisation des victimes d'infections nosocomiales après le scandale de la Clinique du sport, en 1997 (Carricaburu & Lhuilier, 2009). Mobilisés depuis la fin des années 1980 autour de la thématique des infections nosocomiales, médecins et experts en hygiène hospitalière construisent un indicateur synthétique appelé ICALIN (indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales), que les établissements de santé ont obligation de renseigner à partir de 2004. La construction d'une seconde génération d'indicateurs dits « de qualité » bénéficie alors d'un fort soutien politique, y compris présidentiel, en réaction à la multiplication de « palmarès hospitaliers » publiés dans la presse (Pierru, 2004; Robelet, 2013; Bertillot et Weckert dans ce numéro). Un recueil d'indicateurs (IPAQSS) est associé, à partir de 2010, aux procédures obligatoires de certification des établissements (Bertillot, 2013). Ces indicateurs portent sur la tenue du dossier patient, l'évaluation de la douleur des patients, la prise en charge de l'infarctus du myocarde et de l'AVC et sont produits à partir d'informations issues des dossiers de soins¹.

Alors que les indicateurs qualité doivent susciter l'engagement des établissements hospitaliers dans des démarches entrepreneuriales (évaluation, *benchmarking*), leur déploiement apparaît bureaucra-

¹ Les indicateurs font l'objet d'une mesure annuelle. Une centaine de dossiers patients sont tirés au sort dans chaque établissement, dans lesquels sont recueillies les informations nécessaires au calcul de la valeur de chaque indicateur.

tique, dans une acception sociologique du terme. L'enquête auprès d'établissements fait apparaître plusieurs traits caractéristiques de processus de bureaucratisation : le caractère vertical, voire autoritaire, de la mise en œuvre des indicateurs, inscrits dans des préoccupations de régulation nationale et régionale ; la constitution dans les établissements d'échelons intermédiaires, relativement stratifiés, chargés de la qualité ; la formalisation des procédures relatives à la qualité.

1.1. Des indicateurs qualité associés aux tutelles et aux directions d'établissements

L'introduction et le déploiement des indicateurs sont perçus par les acteurs hospitaliers, y compris parmi les plus impliqués dans les démarches qualité, comme l'expression d'un contrôle des tutelles sur les établissements. Les indicateurs qualité participent d'un plus fort rattachement des établissements aux orientations nationales et régionales, aux dépens de l'autonomie locale. Pour les professionnels, les indicateurs qualité sont avant tout des instruments de politique publique à caractère réglementaire, auxquels ils doivent se conformer. Ils sont associés aux procédures obligatoires de certification (pour 79% des répondants au questionnaire), qui sont considérées comme les éléments des réformes hospitalières les plus susceptibles d'avoir un impact sur l'usage des indicateurs qualité (pour 88% des répondants). Le lien entre l'usage des indicateurs qualité et l'évaluation des pratiques professionnelles, plus conforme au principe de collégialité professionnelle, est mentionné de manière moins fréquente, par une bonne moitié des répondants (55%). Dans le même esprit, les indicateurs qualité sont perçus comme des instruments élaborés « en haut », selon des modalités qui semblent

souvent opaques aux acteurs hospitaliers. Si des professionnels éloignés des tâches cliniques (experts en qualité et médecins DIM responsables de la codification des informations médicales) sont plus nombreux que les autres groupes d'acteurs à déclarer « très bien connaître » l'élaboration des indicateurs (respectivement 58,4% et 55%), les professionnels proches du soin apparaissent moins avertis : un tiers (31%) des médecins cliniciens et près de la moitié (47%) des paramédicaux ne savent pas vraiment ou pas du tout comment les indicateurs sont élaborés.

Au caractère vertical du déploiement s'ajoute la perception d'une distance accrue entre les tutelles et les établissements. Pour certains, cette modalité d'élaboration « hors-sol » est un obstacle à l'usage des indicateurs qualité « obligatoires », qui viennent percuter des initiatives locales de mesure de la qualité ou ne tiennent pas compte des spécificités des contextes locaux :

« Ce qui est grave c'est que ceux qui imaginent les indicateurs ne se rendent pas compte qu'ils ne sont pas dans le domaine expérimental et qu'ils généralisent. Ça veut dire qu'il y a des milliers de gens qui vont suer sur des indicateurs nuls qui n'intéressent personne et qui vont nous faire perdre du fric du temps et de l'argent. (...) Si dans l'industrie, ils pratiquaient comme ça, il n'y aurait plus d'industriel, parce qu'ils ne vendraient rien » (Directeur).

De manière cohérente avec cette représentation, les tutelles sont identifiées comme les premiers destinataires des indicateurs qualité, qu'il s'agisse de l'Agence régionale de santé (ARS) pour 75% des répondants, ou de la Haute Autorité de Santé pour 72% d'entre eux. De fait, les indicateurs qualité sont intégrés dans les démarches de contractualisation entre les établissements de santé et l'ARS et

viennent alimenter les procédures obligatoires de certification nationale des établissements réalisées par la HAS. Le déploiement à dominante verticale apparaît jusque dans les établissements : les catégories de personnel qui y sont jugées les plus impliquées se situent au sommet ou sur la ligne hiérarchique (les personnels de direction et les cadres de santé ou de la direction de l'établissement, pour 68% des répondants), alors que les médecins ne sont jugés impliqués que pour 49% des répondants. Vus des établissements, les indicateurs font l'objet d'un déploiement vertical.

1.2. La constitution d'échelons intermédiaires dédiés à la qualité

À l'échelle des organisations hospitalières, les processus d'intégration bureaucratique se manifestent aussi par la constitution de nouveaux échelons intermédiaires exerçant des fonctions de coordination et de contrôle. Ces processus rappellent la formation d'échelons intermédiaires dédiés au contrôle du travail, observable dans les grandes firmes industrielles dès la fin du dix-neuvième siècle (Chandler, 1977 ; Lefebvre, 2003). Dans le domaine de la qualité, ces échelons intermédiaires disposent d'une expertise différenciée d'autres types de compétences (notamment économiques et financières). Ils se développent entre les espaces de la gestion rattachés aux directions, et ceux de la production des soins. Le rôle de ces intermédiaires hiérarchiques peut être rapproché et clairement distingué du rôle d'autres types d'intermédiaires, plus familiers des sociologues. Les concepts d'intermédiaires et d'intermédiation connaissent en effet un usage grandissant en sociologie, à la fois pour rendre compte des processus d'innovation (laquelle est considérée comme une articulation de médiations ou de traductions entre plusieurs univers sociaux) (Callon, 1986; Vinck, 2009) et des

processus d'échanges marchands (considérés comme autant de médiations qui, en réduisant l'incertitude sur les conditions de l'échange, contribuent à le rendre possible et à le stabiliser) (Bessy & Eymard-Duvernay, 1997; Karpik, 2007). L'intermédiation désigne alors des processus de mise en relation inédites et de détachement des acteurs de leurs affiliations antérieures ou principales. Pour autant, la question de la nature et de la spécificité de ces nouvelles affiliations ou relations sociales est rarement posée (peut-on par exemple les penser en termes d'intégration stable dans de nouveaux collectifs ?) (Cochoy & Dubuisson-Quellier, 2000). Par ailleurs, ces intermédiations, même si elles ne sont pas dénuées de tentatives de captation ou d'enrôlement, semblent se dérouler le plus souvent sur un mode horizontal. En mobilisant le concept d'intermédiaire pour caractériser la position, la composition et les activités d'un espace spécifique au sein d'une forme plus hiérarchique de division du travail, nous voulons plutôt mettre en évidence son caractère vertical et prendre la mesure de ses capacités d'intégration, qui apparaissent dès lors plus bureaucratiques que d'autres formes d'intermédiation étudiées en sociologie.

L'enquête conduite en Aquitaine met en évidence la constitution progressive d'un milieu d'expertise propre à la qualité dans les établissements. Avant le développement des procédures de certification, des acteurs locaux portaient des démarches « qualité » articulées autour de l'hygiène et de la lutte contre les infections nosocomiales. Formés « sur le tas » aux démarches qualité, ces acteurs sont désormais aussi chargés, en lien avec les instances de l'établissement, de piloter des groupes de travail sur la qualité, les infections nosocomiales ou le bon usage des médicaments. Avec la préparation des procédures de certifications des établissements, l'organisation du milieu de la qualité s'est professionnalisée à travers

le recrutement d'un personnel dédié aux démarches qualité. Les plus grands établissements se sont dotés de services ou directions qualité, occupées par des cadres de santé, des directeurs d'établissements ou des spécialistes non issus du monde de la santé. Dans de nombreux établissements, les directions s'entourent d'une cellule qualité. Cette expertise est renforcée par des réseaux locaux ou nationaux à travers lesquels s'échangent des expériences :

« Moi j'ai été voir mes collègues de [établissement privé X], il n'y a pas de secret, mais justement par rapport à l'hygiène, je suis allé voir le cadre sup de l'hygiène à [établissement privé X]. Ils ont été classés A par rapport à la lutte contre les infections nosocomiales sur les audits de l'année dernière. Donc j'ai été voir comment ils travaillaient. » (Cadre de santé).

Ce milieu d'expertise occupe une position intermédiaire entre les espaces de la gestion et du soin. Si les experts en qualité émanent pour une part de fonctions transversales au sein de l'établissement, ils se rapprochent de la direction au fur et à mesure que les structures dédiées à la qualité se renforcent. Cette position les rapproche d'autres acteurs transversaux, notamment ceux qui sont en charge de la tarification et des aspects financiers, qui mettent comme eux en relation les espaces du soin et les activités de direction, renforçant la prégnance de fonctions intermédiaires associées à la gestion. L'analyse empirique permet de préciser la composition, la position dans l'établissement et les modes privilégiés de relations de ces acteurs avec d'autres acteurs des établissements. Deux sous-ensembles peuvent être distingués. Un « premier cercle » de la qualité rassemble des personnels dont les attributions comprennent des responsabilités et plus encore un temps de travail dédié à la

qualité. Ces personnes relèvent des services de direction des établissements et participent à la structuration et à la gestion des démarches à travers la production de données et l'organisation de réunions des instances où les indicateurs qualité peuvent être discutés². Composé de ceux que l'on pourrait appeler les « managers de la qualité », ce premier groupe témoigne d'une bonne connaissance technique des indicateurs et fait état d'une bonne opinion quant à leur usage. Ils sont les vecteurs actifs d'une diffusion des indicateurs auprès d'autres groupes d'acteurs. Un « second cercle » plus diffus est composé de professionnels participant aux travaux sur la qualité au titre d'activités professionnelles plus directement associées aux soins. Les questionnaires administrés dans les établissements indiquent que ce second cercle est composé en proportions égales de personnels infirmiers, de cadres de santé et de médecins intéressés ou associés aux comités techniques et instances délibératives de l'établissement, notamment aux Comités de relation avec les usagers. Les membres du second cercle, que l'on pourrait appeler les « cliniciens de la qualité », ne disposent pas d'un temps dédié à la fonction qualité et ont en général une opinion positive mais moins favorable aux indicateurs qualité que les membres du premier cercle. Ils constituent un relais essentiel auprès d'autres professionnels intervenant comme eux dans les domaines du soin, tout en se situant plus en retrait et en faisant montre d'un réel scepticisme par rapport aux indicateurs qualité. Plus ou moins directement associés à la gestion des établissements ou aux services de soins, managers et cliniciens de la qualité occupent des positions inter-

² Les principales instances concernées sont les CLIN (Comités de lutte contre les infections nosocomiales), les CRUQ (Commission des relations avec les usagers et de la qualité) et les CLUD (Commissions de lutte contre la douleur).

médiales différenciées situées entre les espaces de direction d'une part, et de production des soins d'autre part.

1.3. Une formalisation inscrite dans une logique de redevabilité

La formalisation des activités relatives à la qualité est un autre trait bureaucratique du déploiement des indicateurs en Aquitaine. Dans les établissements, les membres de cellules qualité constituent des systèmes documentaires exhaustifs rassemblant les éléments de réglementation, les procédures ainsi que les archives de l'établissement en matière de qualité. Ils s'appuient volontiers sur des supports formels, qui leur permettent de diffuser les indicateurs sous forme de tableaux de bord, de graphiques ou d'affichages. Les indicateurs occupent une place importante dans le travail de mise en forme et de valorisation de la qualité, qui donne à voir des données chiffrées. Cette formalisation est supposée favoriser un décloisonnement et une appropriation de la qualité au-delà du cercle des initiés. De fait, la qualité suscite des échanges entre acteurs hospitaliers, souvent dans le cadre formel des instances et comités réglementaires. Pour 80% des répondants, ces instances sont considérées comme les lieux d'échange privilégiés sur les indicateurs.

L'introduction des indicateurs qualité s'accompagne aussi d'un renforcement de la traçabilité associée à la formalisation des dossiers de soins, principal outil de recueil des données. La nomenclature des dossiers est ainsi modifiée au gré des évolutions des indicateurs dont le recueil devient obligatoire :

« [le médecin DIM] est consultée pour tous les documents du Dossier Patient parce qu'il faut que ça colle aux critères IPAQH. Elle nous informe de ce qui est demandé, et lorsqu'on

a évalué les dossiers - d'ailleurs on l'a fait ensemble - ça nous permet nous de mieux intégrer ce qu'on nous demande » (Assistante qualité).

Selon un processus bien documenté dans la littérature sur les instruments de gestion, l'indicateur devient la véritable finalité plutôt que le moyen d'une évaluation (Bérard et al., 2009). Pour prendre un exemple observé, si l'objectif affiché d'un groupe de travail est bien « l'amélioration du dossier patient », son objectif concret est « l'amélioration du score IPAQH ». Plus qu'avec des pratiques de soin, les scores sont associés au renforcement du travail de traçabilité, comme la signature de prescriptions d'antibiotiques, dont l'absence « fait perdre des points ». Ces changements ont un impact sur les pratiques de soins et traduisent un travail de mise en conformité vis-à-vis de critères formels. Les professionnels qui intègrent ces critères dans leur pratique ont l'impression de se conformer à des exigences administratives ou même légales, voire judiciaires. Il s'agit pour eux de se « couvrir », d'éviter d'éventuelles pénalités ou condamnations pour l'établissement, comme le signale une infirmière hygiéniste :

« On a des plaintes pour infection nosocomiale. Tout hôpital en a donc après, il va falloir prouver qu'on a bien travaillé, c'est toute l'importance de la traçabilité. On trace tout ce qu'on fait pour pouvoir prouver qu'on a bien fait » (IDE hygiéniste).

Au total, le déploiement des indicateurs apparaît vertical, formalisé et stratifié du fait de la formation d'un niveau intermédiaire, situé entre les directions et les espaces de soin et impliqué dans un travail de formalisation du déploiement des indicateurs. Ces traits confèrent un caractère bureaucratique à la diffusion des indicateurs, dont les for-

mes d'appropriation locales, tendent à renforcer l'intégration d'activités auparavant plus autonomes, en associant de manière plus étroite des préoccupations gestionnaires et cliniques, dont les formes évoluent en conséquence.

2. Des dynamiques intégratrices différenciées

Longtemps, l'hôpital a été décrit comme une forme d'organisation reconnaissant une large place à l'autonomie des professionnels, jusque dans ses formes les plus bureaucratiques (Crozier, 1964). Pour saisir cette double dimension, Henry Mintzberg a introduit le concept de bureaucratie professionnelle, qui allie précisément l'autonomie collégiale des professionnels aux règles administratives des établissements (Mintzberg, 1982). Dans ce contexte, la diffusion d'outils de gestion a souvent été analysée comme une restriction de l'autonomie professionnelle (Freidson, 2001). Cette perte d'autonomie est parfois lue comme une mise « sous pression » des acteurs de l'hôpital, le cas échéant différenciée selon les propriétés des acteurs étudiés (Belorgey, 2010 ; Pierru, 2012). Concentrées sur la mise en évidence des effets délétères pour l'autonomie des professionnels de réformes réputées « néo-libérales » diffusant des logiques marchandes, ces analyses ne permettent pas toujours d'envisager pour lui-même le renforcement des traits bureaucratiques. Cette sociologie critique comporte le risque de rejoindre, voire de se faire le relais d'un mécontentement professionnel manifesté par les segments les plus traditionnels de la profession médicale, sans pour autant considérer les dynamiques à travers lesquelles émergent, outre ces mécontentements, des formes nouvelles et plus intégrées d'organisation hospitalière. L'étude des indicateurs qualité invite à considérer pour eux-mêmes les processus d'intégration institutionnelle auxquels les

professionnels de l'hôpital sont associés, parfois à leur corps défendant. Circulant dans les établissements, les indicateurs agrègent les préoccupations de nombreux acteurs, qui les mobilisent comme autant de ressources. Ces dynamiques affectent diversement les segments professionnels concernés, certains affichant indifférence ou résistance, tandis que d'autres en accompagnent les usages. Comment ces usages rencontrent-ils des dynamiques transversales d'intégration ?

2.1. Les effets intégrateurs d'une culture diffuse de la mesure

L'usage des indicateurs qualité alimente tout d'abord l'émergence d'une culture diffuse et transversale de la qualité, observable dans les établissements. Cette culture est pour partie antérieure aux indicateurs, qui l'alimentent et la renforcent, les indicateurs se greffant sur d'autres activités, instruments ou modes d'action relatifs à la qualité. Ils sont associés à des audits ou à des comités de pilotage spécialisés et sont évoqués en réunion ou affichés en salles d'attente. La culture associée à la fréquentation, parfois indirecte ou même distante, des indicateurs, induit une familiarité des personnels avec les indicateurs, dont certains, tout en continuant à être associés aux contraintes institutionnelles, sont aussi jugés inoffensifs voire efficaces (Chiapello & Gilbert, 2012). La plupart des acteurs rencontrés, quelle que soit leur position dans les établissements, témoignent en outre d'une réflexivité, parfois critique, à l'égard des indicateurs. Cette réflexivité peut se manifester sur un mode ironique, comme à propos d'un indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques destinées à lutter contre les infections, dont le principal effet serait d'avoir entraîné un véritable abus de solutions, sans considération pour leur usage clinique initial. La référence

aux effets pervers des indicateurs est un élément à part entière de la culture partagée des indicateurs, dont l'usage n'est pas dénué de dimensions critiques et réflexives, qui valorisent les possibilités d'action avec et sur les indicateurs (Bevan & Hood, 2006).

Cette culture diffuse de la qualité associée aux indicateurs favorise aussi des rapprochements entre acteurs au sein des établissements. Ces rapprochements ne sont pas seulement liés au déploiement vertical initialement décrit. L'action des experts en qualité nourrit des relations plus horizontales, qui associent les milieux cliniques aux indicateurs qualité. On l'a vu, les services en charge de ces outils mobilisent des instances spécialisées et s'appuient sur des personnels dédiés, qui apparaissent comme des relais auprès d'autres acteurs. La mise en œuvre à dominante verticale est aussi orientée vers une pluralité de personnels, plus indirectement impliqués dans ces démarches. Un travail de traduction et de diffusion est ainsi réalisé à partir des cellules qualité, par l'intermédiaire des instances spécialisées et des personnels dédiés :

*« La cellule qualité, c'est un groupe de personnes qui vont rassembler et concentrer l'information et la diffuser. C'est une sorte de comité de pilotage. C'est en lien avec la préoccupation des gens. On est là pour orienter, pour faire des analyses par rapport à des phénomènes descendants qui pourraient être obligatoires comme la certification »
(Directrice des soins)*

La dominante verticale des échanges n'implique nullement une démarche unilatérale. Elle se déploie à la faveur de relations permettant des échanges réciproques et répétés entre ceux qui peuvent être vus comme les émetteurs d'une démarche qualité, et ceux qui en sont les destinataires naturels. Telle est l'expérience d'un

médecin oncologue travaillant dans un établissement privé. Son expérience traduit un mélange de relations formelles et informelles, de relations équilibrées se développant sur fond de contraintes hiérarchiques :

Q : Entre la cellule qualité et vous, comment ça se passe ? Ils viennent vous voir directement quand ils ont besoin ? Quand ils ont des messages à faire passer...

R : Oui ils viennent nous voir directement, l'établissement est petit donc ça permet une réactivité meilleure. Donc directement coup de téléphone mail diffusion courrier. D'un côté. Et inversement j'ai sollicité [la responsable qualité] pour qu'elle m'accompagne lors de la rencontre organisée par le Réseau de Cancérologie d'Aquitaine, parce que moi la qualité c'est aussi tout un vocabulaire qui est étranger à ma pratique. Donc pour qu'elle puisse voir les tenants et les aboutissants de cette réunion et pour qu'elle puisse également exposer les limites que notre établissement aurait pu rencontrer à la mise en place d'un travail de qualité.» (Médecin oncologue, Centre de Coordination en Cancérologie).

2.2. Des acteurs soignants entre scepticisme et retrait

L'existence d'une culture de la qualité et les efforts déployés par les experts locaux pour intégrer les indicateurs dans des relations plus horizontales avec les professionnels du soin se heurtent cependant à des réactions sceptiques. Sans toujours traduire une défiance à l'égard des objectifs de traçabilité, ce sentiment manifeste des tensions récurrentes entre les préoccupations cliniques des professionnels du soin et les préoccupations relevant de la gestion, déjà relevées à propos d'autres instruments de gestion et dans d'autres

contextes hospitaliers (Belorgey, 2010; Allen, 1998; Draper, Hurley, Lesser, & Strunk, 2002). Les représentants d'espaces à dominante professionnelle au sein des établissements opposent ainsi des réactions diversifiées au processus en cours d'intégration bureaucratique, qui empiète sur leur autonomie.

L'enquête par questionnaire permet, par des analyses des correspondances multiples (ACM), d'identifier des profils différenciés d'implication, que nous avons retrouvés dans les enquêtes de terrain. Parmi ces profils se dégage un groupe important de « sceptiques », ni tout à fait ignorants ou étrangers à la qualité, ni très convaincus et impliqués dans l'usage des indicateurs qualité. Dans une première ACM en trois classes, les membres de ce groupe se distinguent des « managers de la qualité » (des experts locaux formés aux démarches qualité, ayant un temps de travail dédié à la qualité et travaillant généralement auprès des directions) et des « cliniciens de la qualité » (des médecins membres des instances de l'établissement, bon connaisseurs des indicateurs et de leurs modes d'élaboration, et impliqués dans le recueil des indicateurs). Le groupe des sceptiques comprend 42% (203 individus) de l'ensemble des répondants. Si 96% des membres du groupe jugent que la qualité peut se mesurer, ce groupe concentre aussi 58% des personnes estimant « ne pas vraiment » savoir comment les indicateurs sont élaborés. Le groupe concentre la moitié des personnels n'ayant pas suivi de formation relative aux indicateurs qualité. Il s'agit de répondants exerçant souvent une profession paramédicale : 38% des membres du groupe sont des paramédicaux, mais le groupe concentre lui-même 82% des paramédicaux ayant répondu au questionnaire.

Une ACM en six classes a permis de relier plus précisément encore les différences d'implication au rapport que les individus entretiennent avec les pratiques de soin. S'agissant des usages des indicateurs

qualité, on retrouve une convergence entre les classes des « médecins cliniciens » (77 répondants) et des « paramédicaux » (128 répondants). Les répondants se référant assez rarement ou jamais aux indicateurs qualité sont relativement plus nombreux dans ces deux classes, puisqu'ils représentent près de la moitié des « cliniciens » et des « paramédicaux » (respectivement 48% et 49%, contre 34% pour l'ensemble des répondants). C'est aussi dans les classes des « médecins cliniciens » et des « paramédicaux » que se trouvent le plus de répondants ayant rarement ou jamais l'occasion d'échanger sur les indicateurs qualité (respectivement 44% et 53%, contre 38% pour l'ensemble). Autre source de clivage, la participation au recueil des indicateurs oppose les membres de la ligne hiérarchique et les experts de l'information médicale, plus fortement impliqués, aux médecins et paramédicaux plus proches de la clinique, beaucoup moins impliqués (dans des proportions qui tournent autour de 70% pour les premiers, contre 50% pour les seconds).

Ces oppositions entre profils ont été retrouvées dans l'enquête qualitative par monographies. Le scepticisme se traduit souvent par une acceptation mâtinée de résignation, s'accompagnant le cas échéant de critiques plus explicites. C'est ce qu'exprime un médecin spécialiste, présent dans son établissement depuis cinq ans :

« On sent qu'il y a toute une logique qui demande de tracer, d'écrire, c'est-à-dire qu'on ne nous demande plus de faire les choses, mais de marquer qu'on a fait les choses (...) on a l'impression que tout ça, ça nous dévie de notre travail, qui est de s'occuper des gens, et on passe notre temps à signer des papiers et à écrire 50 000 choses et des fois ça nous stresse... (...) On peut évoluer, mais il ne faut pas que le côté

administratif prenne le pas sur le côté pratique et sur les patients...» (Médecin spécialiste)

Le scepticisme peut s'adosser à des confrontations entre les services cliniques et les services qualité au sujet des processus de formalisation, sans que le principe de la formalisation ne soit par ailleurs remis en cause. Dans un établissement, une infirmière, pourtant impliquée dans la démarche qualité, s'agace du comportement du « service qualité » et réactive à cette occasion la solidarité entre médecins et infirmières face aux services transversaux non cliniques :

« On a des protocoles faits par les anesthésistes sur l'insuline, donc en 3 jours ça a été réglé. Mais il a fallu l'envoyer à la cellule qualité qui l'a mis au service qualité... qui nous l'a renvoyé, alors que c'était validé ! Enfin, c'est pas à la qualité de valider le protocole d'insuline... mais qui nous l'a renvoyé avec un grand tampon dessus « outil de travail » quelque chose comme ça, mais c'était pas ça, c'était un original, c'était déjà validé, on voulait juste qu'il soit mis au format qualité ... c'est très lourd, et ces pauvres anesthésistes qui nous avaient fait rapidement nos protocoles, ils se retrouvent avec un document de travail... alors il faut le renvoyer à la qualité en disant non, non c'est un protocole validé et le refaire signer par les anesthésistes, non, c'est vraiment infernal... ça n'avance pas » (IDE, Chirurgie).

Ce scepticisme ambiant, dont on a vu qu'il n'est pas nécessairement synonyme de défiance à l'égard de la formalisation des pratiques soignantes, relève d'une volonté de préserver les espaces cliniques d'aspects gestionnaires jugés procéduriers. En même temps qu'ils signalent l'existence d'espaces professionnels cherchant à préserver

leur autonomie, ils indiquent des mouvements de frontières et de nouveaux types de relations établies entre des espaces auparavant moins intégrés. Le scepticisme coexiste du reste avec des pratiques mobilisant les indicateurs dans des usages stratégiques, qui traversent autant qu'ils affaiblissent les frontières entre les espaces de gestion et du soin.

2.3. Les usages stratégiques des indicateurs qualité par certains segments professionnels

Les indicateurs qualité sont parfois mobilisés comme des ressources d'action dans les jeux de pouvoir entre acteurs hospitaliers. Ils sont alors fréquemment associés avec d'autres dimensions de l'activité hospitalière, notamment cliniciennes et économiques. On rejoint ici un constat bien établi dans la littérature de sciences sociales, selon lequel les outils de management de la qualité, du fait de leur relative malléabilité, font l'objet d'interprétations et de mises en forme locales compatibles avec les intérêts des acteurs concernés, avec leurs ressources cognitives et sociales et avec leurs pratiques antérieures (Segrestin, 1997; Robert, 2007; Robelet, 2001). Au moins deux formes d'hybridation sont identifiables. La première fait converger les indicateurs qualité avec une formalisation accrue des pratiques cliniques dans le cadre de l'*Evidence based medicine*. La seconde associe les indicateurs qualité à des indicateurs d'activité visant un objectif d'efficacité économique. À ce titre, l'usage des indicateurs qualité donne lieu à des dynamiques intégratrices rapprochant les experts de la qualité, proches des espaces de gestion, de segments médicaux déjà concernés dans les établissements par des formes de formalisation antérieures, à dominante clinique ou économique.

Ces dynamiques peuvent être observées auprès de quelques spécialités, comme l'anesthésie-réanimation et la cancérologie, plus sensibles que d'autres spécialités à la formalisation de leurs pratiques. Ainsi, une sous-culture, présente dans tous les établissements paraît favoriser l'adhésion de l'anesthésie-réanimation aux démarches d'évaluation de la qualité. L'affirmation de cette spécialité au sein des établissements, notamment vis-à-vis des chirurgiens, s'est réalisée en gagnant une autonomie (définition de territoires propres comme la salle de réveil, la consultation pré-anesthésique), rendue nécessaire en raison des risques de l'anesthésie et de leur possible maîtrise grâce à une formalisation accrue des pratiques, notamment sur le modèle des « check-list » de l'aviation civile (Faure, 2005 ; Benamouzig, Pierru, 2011). De fait, dans les établissements aquitains, les anesthésistes manifestent une plus grande connaissance des indicateurs et expriment moins de critiques à l'égard des démarches d'évaluation et d'audit, qu'ils estiment pratiquer au quotidien. Dans certains contextes locaux, ces professionnels jouent même un rôle de « diffuseurs » des démarches d'évaluation et de mesure de l'activité et de la qualité. Dans un établissement enquêté, les anesthésistes, très impliqués dans l'élaboration et l'aménagement du dossier anesthésique, disposent ainsi d'un logiciel spécifique, semble-t-il largement diffusé dans la spécialité, à travers lequel ils peuvent mesurer et améliorer leurs pratiques (Gomez et al., 2012). De fait, ils se trouvent en position privilégiée pour identifier des anomalies, erreurs ou dysfonctionnements survenant au bloc opératoire et jouent un rôle pivot, par rapport aux chirurgiens en particulier. En cancérologie, domaine pour lequel la normalisation des pratiques médicales est engagée depuis une quinzaine d'années (Castel & Merle, 2002), les indicateurs qualité commencent aussi à être utilisés dans des démarches comparatives visant à homogénéiser et améliorer les pra-

tiques cliniques, par exemple dans le cadre d'un réseau de cancérologie :

« ... Quand on fait la réunion régionale du réseau, on donne toujours les indicateurs pour l'activité des comités de coordination, pour dire « il y a eu telle ou telle évolution du nombre de présentation de fiches RCP (réunions de concertation pluridisciplinaires) ». Pour nous l'indicateur de qualité de la prise en charge pluri-disciplinaire c'est l'exhaustivité des fiches. C'est-à-dire qu'on doit avoir si possible dans l'idéal le même nombre de fiches de réunions pluridisciplinaires présentées que de nouveaux patients cancer dans la région. Donc ça c'est facile à voir, quels sont les centres qui montent facilement en puissance (...) » (Médecin oncologue, Président du réseau régional de cancérologie, Ancien président du CLIN)

Les indicateurs qualité peuvent aussi être associés à des préoccupations économiques. Dans les établissements enquêtés, quelques indicateurs de qualité servent ainsi de « repères » communs, faisant sens à la fois pour les acteurs de la gestion et pour les professionnels de la clinique. On peut les qualifier d'indicateurs « prégnants » par opposition à des indicateurs « inertes » : des acteurs multiples s'y réfèrent car ils cristallisent une représentation légitime de l'organisation (Boussard, 2001). Créés avant l'introduction des indicateurs dans les procédures nationales de certification, ces indicateurs souvent élaborés en interne associent une dimension « qualité » et une dimension « performance » ou « organisation ». Plusieurs exemples d'indicateurs « prégnants » ont été relevés lors de l'enquête. Le taux de pré-admission revient souvent. Comme d'autres indicateurs du même type, il associe un objectif économique de facturation à des

réflexions sur les conditions de travail et sur la qualité de la prise en charge des patients :

« R : Moi dans mon activité, parmi les premiers indicateurs, on avait les taux d'occupation des lits, ensuite on avait le taux de pré-admission non faites, le taux de sortie des patients du matin, le taux de factures en attente, non envoyées, en retard... Le nombre de dossiers non codés par les praticiens...

Q : Des choses directement en rapport avec les enjeux financiers ?

R : Ou, pour moi ce sont des choses qui doivent être suivies parce qu'améliorées. Et donc effectivement c'étaient en même temps des indicateurs qualité utilisés dans le programme qualité » (Directrice économique et financière)

Au total, le déploiement des indicateurs s'accompagne d'usages transversaux dans les établissements. Comme d'autres dispositifs gestionnaires, ces indicateurs associent plus étroitement qu'auparavant les sphères de la gestion et de la clinique, comme en témoigne le renforcement d'une culture diffuse de la qualité, parfois critique et réflexive au point de s'agencer à des formes de rejet et de scepticisme, ou à des usages stratégiques associant les enjeux professionnels de certaines spécialités médicales à la diffusion des outils d'amélioration de la qualité par des experts spécialisés.

Conclusion

Le déploiement des indicateurs qualité dans les établissements de santé d'une région expérimentale permet d'identifier un processus d'intégration bureaucratique. Le caractère bureaucratique du déploie-

ment des indicateurs qualité se caractérise, en termes sociologiques, par une diffusion à dominante hiérarchique et verticale, un degré important de formalisation des usages des indicateurs, et enfin la constitution de nouvelles strates d'expertise intermédiaire, situées entre les espaces de direction et de gestion, et les espaces professionnels du soin. Dans les établissements, le déploiement donne aussi lieu à des processus favorisant l'intégration des espaces de la gestion et des soins, traditionnellement dissociés dans le modèle de l'autonomie professionnelle à l'hôpital. Le développement d'une culture de la qualité, la fréquence des échanges entre les experts de la qualité et les acteurs des soins, ainsi que les usages stratégiques des indicateurs par certains acteurs favorisent des échanges transversaux et une intégration accrue d'activités auparavant plus volontiers dissociées. L'enchâssement de ces dynamiques d'intégration dans un déploiement à caractère bureaucratique permet de caractériser, plus généralement, un processus d'intégration bureaucratique, dont les traits sont sans doute accentués par une quasi absence des enjeux relatifs aux patients, dont la qualité de la prise en charge est pourtant supposée être prise en compte, et au premier chef en matière de qualité. En plus des dynamiques organisationnelles et professionnelles, nos observations conduisent en effet à relever la faible prise-en-compte des patients ou de leurs représentants dans ces dispositifs, alors même qu'ils en sont en principe les destinataires finaux. Au moment de leur déploiement, tout juste des patients parmi les plus directement associés à la vie des établissements, à travers la participation de rares associations à des instances réglementaires, avaient-ils connaissance d'enjeux liés aux indicateurs qualité. Ce relatif confinement des indicateurs renforce le caractère bureaucratique de leur déploiement.

Les liens observés au cours de l'enquête entre le déploiement des indicateurs qualité et l'usage d'autres dispositifs ou procédures de gestion hospitalière, comme la certification des établissements ou l'usage d'indicateurs d'activité à vocation financière (T2A), laissent penser que les dynamiques observées à propos de la qualité ont une portée plus générale, peut-être caractéristique de transformations durables de l'institution hospitalière. Le déploiement bureaucratique des indicateurs qualité tend à situer les effets de récentes réformes néo-managériales dans le prolongement d'une longue tradition administrative, plutôt qu'en rupture avec elle. Cependant, et de manière plus inédite, ces dynamiques semblent aujourd'hui entamer l'autonomie des professionnels, que les formes historiques de la bureaucratie hospitalière ont jusqu'alors eu tendance à préserver. Cette différence, qui apparaît en premier lieu aux acteurs professionnels eux-mêmes, mérite d'être appréhendée à l'échelle de transformations institutionnelles plus larges, dépassant les seuls effets sociologiques ou politiques les plus directement visibles sur l'autonomie de professionnels, souvent engagés malgré eux dans des processus d'intégration dont l'ampleur doit être saisie et caractérisée sociologiquement à une plus vaste échelle.

Bibliographie

- Allen, D. A. (1998). Record-keeping and routine nursing practice: the view from the wards. *Journal of Advanced Nursing*, 26(6), 1223–1230.
- Belorgey, N. (2010). *L'hôpital sous pression. Enquête sur le nouveau management public*. Paris: La Découverte.
- Benamouzig, D., & Pierru, F. (2011). Le professionnel et le système : l'intégration institutionnelle du monde médical. *Sociologie du Travail*, 53, 327–333.
- Benamouzig, D., Robelet, M., Bertillot, H., Levif, M., & Velpry, L. (2010). *La généralisation des indicateurs qualité en Aquitaine : entre contraintes et apprentissages. Une étude sociologique*. Rapport pour la Haute Autorité de Santé.
- Bérard, É., Gloanec, M., & Minvielle, É. (2009). Usages des indicateurs de qualité en établissement de santé. *Journal de Gestion et d'Économie Médicales*, 27(1-2), 5–20.
- Bertillot, H. (2013). Le déploiement par l'État d'indicateurs de qualité à l'hôpital. Propriétés cognitives d'un instrument de gouvernement par l'ambiguïté. In *Colloque international pluridisciplinaire "Construction et usages des indicateurs de pauvreté, richesse, inégalités, bien-être, performance*. Amiens, Université Picardie Jules Verne, 23-24 mai 2013.
- Bessy, C., & Eymard-Duvernay, F. (1997). *Les intermédiaires du marché du travail*. Paris: PUF.
- Bevan, G., & Hood, C. (2006). What's measured is what matters: targets and gaming in the English public health care system. *Public Administration*, 84(3), 517–538.

- Boussard, V. (2001). Quand les règles s'incarnent L'exemple des indicateurs prégnants. *Sociologie du travail*, 43(4), 533–551.
- Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'Année sociologique*, 36, 169–208.
- Carricaburu, D., & Lhuilier, D. (2009). Les “infections nosocomiales” : un risque collectif en cours de normalisation? *Sciences sociales et santé*, 27(4), 43–72.
- Castel, P., & Merle, I. (2002). Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins. *Sociologie du Travail*, 44, 337–355.
- Chiapello, È., & Gilbert, P. (2012). Les outils de gestion : producteurs ou régulateurs de la violence psychique au travail? *Le travail humain*, LXXV(1), 1–18.
- Cochoy, F., & Dubuisson-Quellier, S. (2000). Introduction. Les professionnels du marché: vers une sociologie du travail marchand. *Sociologie du Travail*, 42, 359–368.
- Crémieux, F., Saulpic, O., & Zarlowski, P. (2012). L'introduction de comptes de résultats de pôles dans un hôpital public : analyses et propositions à partir d'une étude de cas. *Journal de Gestion et d'Économie Médicales*, 30(7-8), 419–434.
- Crozier, M. (1964). *Le phénomène bureaucratique*. Paris: Le Seuil.
- Draper, D. A., Hurley, R. E., Lesser, C. S., & Strunk, B. C. (2002). The changing face of managed care. *Health Affairs*, 21(1), 11–23.
- Faure, Y. (2005). L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates. *Actes de la recherche en sciences sociales*, (156-157), 98–114.

- Gomez, M.-L., Waelli, M., Zicari, A., Bonnefond, J.-Y., Lorino, P., Sicotte, C., & Minvielle, E. (2012). L'usage des indicateurs de performance sur la qualité-sécurité des soins : le cas de l'indicateur de tenue du dossier anesthésique. *Journal de Gestion et d'Économie Médicales*, 30(7-8), 455–468.
- Karpik, L. (2007). *L'économie des singularités*. Paris: Gallimard.
- Le Galès, P., & Scott, A. (2008). Une révolution bureaucratique britannique? Autonomie sans contrôle ou “freer market, more rules”? *Revue française de sociologie*, 49(2), 301–330.
- Lefebvre, P. (2003). *L'invention de la grande entreprise (France, fin XVIIIème- début XXème siècle)*. Paris: PUF.
- Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Paris: Éditions d'organisation.
- Moison, J.-C., & Tonneau, D. (1996). L'hôpital public et sa tutelle : la concurrence sous administration. *Revue française de gestion*, (109), 86–91.
- OCDE. (2003). *The OECD Health Care Quality Indicators Project*. Paris.
- OMS. (2000). *Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant*. Genève.
- Pierru, F. (2004). La fabrique des palmarès. Genèse d'un secteur d'action publique et renouvellement d'un genre journalistique: les palmarès hospitaliers. In J.-B. Legavre (Ed.), *La presse écrite: objets délaissés*. Paris: L'Harmattan.
- 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), 32–51.

- Robelet, M. (2001). La profession médicale face au défi de la qualité : une comparaison de quatre manuels qualité. *Sciences sociales et santé*, 19(2), 73–98.
- Robelet, M. (2013). L'hôpital sous le prisme des indicateurs. Le travail intermédiaire de production de la transparence hospitalière. In *Débordements gestionnaires. Individualiser et normaliser le travail par les outils de gestion* (pp. 117–144). Paris: L'Harmattan.
- Robert, C. (2007). Les transformations managériales des activités politiques. *Politix*, (79), 7–23.
- 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, 553–585.
- Vinck, D. (2009). De l'objet intermédiaire à l'objet-frontière. Vers la prise en compte du travail d'équipement. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 3(1), 51–72.



Le LIEPP (Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques) est un laboratoire d'excellence (Labex).

Ce projet est distingué par le jury scientifique international désigné par l'Agence nationale de la recherche (ANR).

Il est financé dans le cadre des investissements d'avenir.

www.sciencespo.fr/liepp

Directeurs de publication:

Etienne Wasmer & Cornelia Woll

Sciences Po - LIEPP

27 rue Saint Guillaume

75007 Paris - France

+33(0)1.45.49.83.61

liepp@sciences-po.fr