

Avant-propos : Ce que les indicateurs qualité nous disent des politiques publiques et de la profession médicale

Christelle Routelous



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/quaderni/826>

DOI : [10.4000/quaderni.826](https://doi.org/10.4000/quaderni.826)

ISSN : 2105-2956

Éditeur

Les éditions de la Maison des sciences de l'Homme

Édition imprimée

Date de publication : 5 octobre 2014

Pagination : 5-8

Référence électronique

Christelle Routelous, « Avant-propos : Ce que les indicateurs qualité nous disent des politiques publiques et de la profession médicale », *Quaderni* [En ligne], 85 | Automne 2014, mis en ligne le 05 octobre 2014, consulté le 25 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/quaderni/826> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/quaderni.826>

Ce document a été généré automatiquement le 25 septembre 2020.

Tous droits réservés

Avant-propos : Ce que les indicateurs qualité nous disent des politiques publiques et de la profession médicale

Christelle Routelous

- 1 Le lecteur trouvera rassemblés dans ce dossier cinq travaux qui par-delà leur diversité d'approche examinent des processus dans et par lesquels la qualité se définit et se construit relativement à des instruments, des professions ou des politiques donnés. La qualité recouvre un ensemble hétérogène de dispositifs concrètement à l'œuvre dans le domaine de la santé. L'évaluation de la qualité est aujourd'hui fortement liée aux politiques publiques et se rattache à ces technologies de pilotage à distance par lesquelles les États contemporains orientent, régulent et contrôlent l'activité du secteur public¹.
- 2 Longtemps marquées par un autocontrôle, les modalités de l'exercice de la médecine et sa légitimité ont considérablement débordé des espaces confinés des praticiens et experts médicaux. Ainsi, le statut social de la médecine a significativement évolué depuis la seconde moitié du XX^e siècle. Une régulation de plus en plus importante et multiforme s'est développée². La qualité peut apparaître comme une « abstraction » destinée à rendre compte d'un état des pratiques qui repose sur des agencements sociotechniques. Expression apparue en France dans les années 1980, elle renvoie à des outils d'autoévaluation des pratiques professionnelles et des démarches de type accréditation externe. Dans les années 1990, elle s'adresse préférentiellement à un principe d'autoévaluation et à un régime réglementaire ciblé. Au fil du temps, la régulation de la qualité voit une diversification de ses outils et trouve son périmètre considérablement élargi. Elle prend un essor certain avec l'adoption de la « nouvelle gestion publique » dont les principes de rentabilité et de « rendre compte » sont directement transposés dans les instruments de régulation que sont : l'autorégulation, l'intervention réglementaire, l'incitation par la diffusion publique et l'incitation

financière. Les manifestations de la qualité sont aujourd'hui hétérogènes. Elles concernent toutes les activités de l'hôpital. Le flou définitionnel de la qualité semble ainsi lié à l'extrême multiplicité de ses modalités, de ses objets d'action et de ses moyens institutionnels.

- 3 L'objectif de ce numéro de *Quaderni* est d'analyser les évolutions de l'univers de la santé et de la profession médicale, mais aussi des politiques publiques. Il vise dans le prolongement du numéro 82 de la revue *Quaderni* (automne 2013), à décrypter les débats actuels autour de la question de la « modernisation » du secteur de la santé. Les cinq articles de ce dossier mettent à jour les mécanismes disciplinaires mais aussi la résistance, les contraintes opérationnelles et la réappropriation stratégique par les acteurs confrontés à la régulation de la qualité. Ces travaux invitent à partir d'analyses empiriques diversifiées [approche socio-historique permettant de saisir les transformations sur une période relativement longue, comparaison internationale, études des formes de mobilisations depuis des processus transversaux d'intégration institutionnelle, analyse des méthodes de production de façon située durant les processus de conceptions et d'interventions] à explorer la complexité des outils, des usages et des effets de la régulation de la qualité en santé.
- 4 Ce dossier propose deux lectures complémentaires de l'emprise concrète, dans le secteur de la santé, de l'évaluation et de la régulation de la « qualité ».
- 5 • La première lecture consiste à analyser la fabrique des entités socio-matérielles ou discursives construisant la « qualité ».
- 6 L'article de Weckert et Berthillot nous renseigne sur la manière dont les indicateurs qualité sont pensés et mobilisés à des fins différentes selon les contextes institutionnels. Les auteurs montrent que les traditions de gouvernance des systèmes de santé spécifiques à chaque pays ont fortement influencé la forme prise par l'institutionnalisation de ces projets. En France, l'État conserve un rôle central, des agences nationales sont créées et on s'oriente vers une forme de régulation externe plus distante de l'autocontrôle professionnel. En Allemagne, la responsabilité des médecins a été maintenue et même renforcée au travers de l'auto-administration des professions de santé.
- 7 La « qualité » s'avère ainsi adaptable à différents pays et différents types de systèmes politiques. Les auteurs réintroduisent ainsi la notion de dépendance au sentier en dépit de modèles génériques s'inspirant fortement des expériences étrangères.
- 8 L'article de Fache *et al* s'attache à porter un regard socio-historique sur l'innovation instrumentale qu'a constitué l'adoption d'indicateurs de qualité. Les auteurs réintroduisent ici les processus et l'aléa politique dans les stratégies des pouvoirs publics. Les auteurs montrent comment le contexte médiatique et politique contribue à une institutionnalisation progressive des indicateurs qualité et comment le centre de gravité va se situer d'abord du côté des chercheurs et puis va progressivement rentrer dans les rouages politico-administratifs. Plus largement l'article nous renvoie à des processus sociaux dans et par lesquels la « qualité » à l'hôpital se redéfinit et se recompose relativement au contexte socio-institutionnel (rôle des « affaires », de la montée en puissance des usagers, des revendications du droit à l'information sur la qualité des soins...).
- 9 L'article de Moisdon ouvre la boîte noire d'un outil *d'incitation financière à la qualité*. L'auteur nous montre comment l'outil, loin d'être imposé par des gestionnaires, a été

formalisé au travers d'une procédure collective qui s'ancre dans des traditions disciplinaires différentes et qui génère des controverses autour d'enjeux méthodologiques non résolus. In fine, ce nouvel instrument n'est pas issu d'une intentionnalité facilement repérable mais de multiples aspirations des concepteurs associés au projet.

- 10 • La seconde lecture consiste à questionner les conditions de performativité des nouveaux dispositifs, notamment en incarnant les acteurs de l'« intégration » de la qualité, engagés dans ce processus et la manière dont ils exercent leurs prérogatives. Les deux articles nous invitent à appréhender les relations croisées entre les dynamiques professionnelles et les transformations de leur environnement institutionnel et nous montrent comment l'institutionnalisation de certaines professions ou maladies passe par la réponse aux exigences liées au procès d'intégration des outils de régulation.
- 11 Souvent la mise en place d'outils et d'indicateurs visant une certaine standardisation des pratiques induit une analyse en termes de perte d'autonomie pour la profession médicale. L'article de Houzard et Routelous suppose un changement de regard et d'échelle. En effet des phénomènes, d'ordinaire observés souvent à partir d'une seule profession, sont ici considérés à une échelle dynamique sensiblement plus large, incluant les dynamiques interprofessionnelles autour d'une maladie dans une échelle temporelle élargie.
- 12 Ainsi appréhendée, la standardisation des pratiques professionnelles s'apparente moins à une perte d'autonomie professionnelle qu'à la mise en œuvre d'un réseau sociotechnique abouti. Les auteurs nous montrent comment la démarche clinique rencontre les enjeux de standardisation des prises en charge et de qualité des soins qui viennent consolider le réseau sociotechnique autour de la maladie rare. Ainsi, loin de n'être qu'un risque de perte d'autonomie, les dispositifs qui supportent la standardisation des soins, sont aussi dans une certaine mesure des instruments mobilisés par des professions médicales afin de consolider leurs stratégies spécifiques.
- 13 L'article de Benamouzig et Robelet souligne un paradoxal mouvement transversal d'« intégration bureaucratique » de l'hôpital. Les auteurs nous rappellent que différentes réformes ont institué, en particulier dans le secteur de la santé, de nouveaux acteurs plus autonomes et capables d'engagements contractuels³. In fine ces réformes, loin de renforcer l'autonomie contractuelle des acteurs et de désagréger d'anciennes formes d'organisations bureaucratiques, concourent à la production de nouvelles formes bureaucratiques qui intègrent des espaces professionnels auparavant plus autonomes. Dans ce sens, les auteurs nous présentent la formation de niveaux hiérarchiques intermédiaires qui assument de nouvelles fonctions de régulation, d'animation et de contrôle à l'hôpital. Ces derniers témoignent de la persistance de modes de fonctionnement traditionnels des bureaucraties. Les auteurs soulignent ainsi l'incapacité des organisations à se préserver d'un tel risque.
- 14 Les articles de ce dossier contribuent, dans la lignée d'autres travaux⁴ à ne pas conclure hâtivement à une perte d'autonomie des professions médicales mais favorisent la réflexion autour des recompositions professionnelles qui s'appuient sur une architecture performative. Elle forme un agencement responsable de l'institutionnalisation de ce qui de prime abord ressemble à un ensemble éparpillé d'instruments et d'indicateurs divers⁵. Une politique publique de régulation de la qualité des soins a émergé ces dernières années. Un certain nombre d'indicateurs ont

été conçus, rendus obligatoire et leurs résultats publics. De nouvelles professions intermédiaires sont apparues dans les hôpitaux. Pour autant, du fait d'un désajustement entre les objectifs de la conception et des usages, du fait de leur complexité technique et des incertitudes qu'ils génèrent quant à leur interprétation, du fait de la distance d'avec la clinique, les instruments de régulation de la qualité ont marqué sans doute davantage la nature et la forme du pilotage des établissements de santé, plus qu'ils n'ont affecté les professions médicales elles-mêmes.

NOTES

1. Louvel, S., « Réinterroger l'évaluation comme technologie de pilotage à distance du secteur public » : l'exemple de la recherche, *Quaderni*, n° 77, 2011, pp. 5-9.
 2. Tournay, V., *La gouvernance des innovations médicales*, Paris, PUF, 2007.
 3. Cf. *Quaderni*, n° 82, dossier spécial : *L'hôpital à l'épreuve de la performance économique*, automne 2013.
 4. Cf. *Quaderni*, n° 82, automne 2013.
 5. Tournay, V., Liebing, A., *Les technologies de l'espoir : un cadre théorique pour des raisons pratiques : Les technologies de l'espoir : la fabrique d'une histoire à accomplir*, Laval, PUL, 2010.
-

AUTEUR

CHRISTELLE ROUTELOUS

Enseignant-chercheur

EHESP