

Ivan Sainsaulieu

LISE/CNRS

## L'ENTRE-DEUX DE L'ÉVALUATION HOSPITALIÈRE

### Diversité des moyens, enjeux, méthodes et réceptions par les acteurs

L'objet de cet article est d'illustrer la question de la réception de l'évaluation par les professionnels<sup>1</sup>. À côté de collectifs soignants plus ou moins portés à apprécier les méthodes évaluatives participatives dans lesquelles ils sont partie prenante (dans le cadre de l'accréditation des hôpitaux), les médecins, dont il est question d'évaluer les pratiques, ont un avis sur la possibilité de l'évaluation du soin médical.

L'évaluation vient de loin. *La montée en puissance du dispositif institutionnel d'évaluation* français est décrite par de nombreux auteurs. La genèse de l'évaluation du système médical commence à partir des États-Unis, dans les années 1970, se greffant sur des préoccupations françaises pré-existantes dans la santé, sur fond de modernisation de l'État et de ses moyens d'évaluer son action « pour lutter contre la bureaucratie » (Stuedler, F., 1986 ; François, P., 2002)<sup>2</sup>. Une première structure d'évaluation est créée à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) en 1982, puis le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI, voir plus bas) est mis en place en 1985, mais la légitimité de la démarche sera établie au niveau national par la mise en place de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) en 1989, dont le rôle actif est consacré par la loi du 31 juillet 1991 portant

réforme hospitalière<sup>3</sup>. Elle sera relayée par la création de l'Agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé (ANAES) créée par ordonnance en 1996, consacrée uniquement à l'évaluation externe des établissements, dont l'existence est à la fois plus établie (il s'agit d'un établissement public, non d'une association) et plus professionnelle (majorité de professionnels dans les instances)<sup>4</sup>. Enfin, le ministère de la Santé a mis au point récemment une mission d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) qui doit proposer aux hôpitaux des solutions gestionnaires pour améliorer leur efficacité et/ou leur rentabilité, dans les domaines variés des achats dans les hôpitaux et cliniques et dans l'organisation des services (temps d'attente aux urgences, temps de travail des médecins et d'organisation de services). La mission doit faire appel à des consultants pour faire des évaluations (phase d'étude) dont elle vise à tirer ultérieurement des conclusions pour les

<sup>3</sup> La loi du 31 juillet 1991 définissait un but : améliorer la qualité des soins en insistant sur la prise en charge globale du malade et en évoquant la notion d'efficience (art. L. 710-4). Pour cela, elle précisait les moyens : mise en place d'un système d'information qui tienne compte des pathologies et des modes de prise en charge des soins, en évoquant ses limites (respect du secret médical, indépendance des praticiens...) et en énonçant les références de bonnes pratiques : l'agence nationale d'évaluation médicale (ANDEM) et les commissions régionales de l'évaluation médicale (CREM). Cette loi définit également le cadre juridique du dossier médical patient et rend compte de l'évaluation et de l'analyse de l'activité des établissements de santé.

<sup>4</sup> « Afin d'assurer une prise en charge de qualité et de sécurité dans la prise en charge des patients, l'ordonnance du 24 avril 1996 a mis en place un système d'accréditation des hôpitaux. Au total, l'accréditation doit permettre de contrôler la qualité de la production, des soins et des pratiques professionnelles. L'accréditation est une procédure externe d'évaluation de la qualité à laquelle sont soumis tous les établissements publics ou privés » - extraits du site web de l'Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Soins.

<sup>1</sup> Nous tenons à remercier Yoël Sainsaulieu, statisticien de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, pôle valorisation et référentiels de coûts, pour ses informations précieuses, ainsi que Christian de Montlibert, pour ses remarques et corrections attentives.

<sup>2</sup> Dès le début des années 1970 se met en place en France la politique dite de la « Rationalisation des choix budgétaires » (Arnaud et Boudeville, 2004).

établissements. La technique des audits privés a été en effet retenue du fait de son extériorité aux jeux de pouvoirs internes<sup>5</sup>.

### *Des enjeux variés*

L'évaluation de la qualité renvoie à une polysémie certaine, ne serait-ce qu'au niveau de la définition des objets analysés (et formalisés) : s'agit-il de mettre en place des procédures correctes (protocoles), de mobiliser le plus possible le personnel (participation), ou de mesurer des résultats (taux d'infection nosocomiale, taux de réussite des opérations chirurgicales, taux de satisfaction des usagers) ? Et ces éléments sont-ils complémentaires ou contradictoires ? L'évaluation renvoie à plusieurs enjeux<sup>6</sup>.

- *Un enjeu économique et de gestion* : la question de la rentabilité. Les préoccupations gestionnaires envahissent tous les secteurs de l'économie, la santé ne fait pas

<sup>5</sup> Les services spécialisés dans le soin, cadres infirmiers experts de l'ANAES, présentent un bilan positif de l'audit clinique en termes de questionnaire partagé et d'efficacité organisationnelle à la condition expresse que soit respectée la pédagogie de l'accréditation : « l'engagement des professionnels » (Dupuy, Erbault, Pultier, *in* Matillon et Durieux, 2000). De même, la satisfaction des patients, non traitée ici, est l'objet d'enquêtes de satisfaction dans les établissements hospitaliers français et nécessite une rigueur de méthode d'autant plus forte que la catégorie « patients » (ou usagers) est moins homogène, d'après des praticiens hospitaliers (Gasquet, Lairy, Ravaut, *idem*). Dans un ouvrage récent (Arnaud et Boudeville, 2004), les auteurs recensent les avantages comparés de l'évaluation menée par un service interne (susciter la confiance en interne, suivre plus directement la mise en œuvre des recommandations, économiser des moyens, gagner du temps) et par un cabinet externe (crédibiliser l'évaluation en limitant l'auto-justification, privilégier l'écoute, fournir une compétence méthodologique, garantir la confidentialité).

<sup>6</sup> L'évaluation a donné lieu à peu de débats orchestrés en raison sans doute de son caractère technique. Par exemple, la TAA, tarification à l'activité médicale en milieu hospitalier, fait réagir fortement des acteurs hospitaliers comme les fédérations en raison de l'absence de lisibilité et de visibilité de ce nouvel outil, dont les méthodologies ne sont pas toutes divulguées par le ministère malgré les demandes du terrain.

exception, au contraire : on a pu s'inquiéter à plusieurs reprises des effets d'une « philosophie du calcul » à l'occasion du « tournant economico-gestionnaire » de la dernière décennie (Moisdon *et alii*, 2000<sup>7</sup>). Comme rentabilité et santé ne sont pas aisément conjugables, les positions varient sur les rapports entre le degré d'efficacité gestionnaire et celui de la qualité des soins, comme sur ceux, internes à la gestion, entre économie du temps de travail en général et économie des coûts exprimés en valeurs monétaires. Par ailleurs, il n'est pas non plus aisé de statuer sur les causes et les effets de l'efficacité : la qualité est-elle un coût nécessaire au préalable pour satisfaire des besoins non marchands ou bien l'accroissement de la rentabilité permet-elle d'améliorer la qualité de satisfaction des besoins non marchands ?

- *Un enjeu scientifique et médical* : la question des limites de l'évaluation. La qualité est-elle quantifiable ? Peut-on tout mesurer ou y a-t-il des dimensions qui échappent nécessairement à une démarche d'évaluation en termes de résultats chiffrés, comme la "relation humaine" indispensable à une relation de service ? Des méthodes pensées pour l'industrie et les services marchands s'appliquent-elles au monde des services non marchands ? A quelles conditions ?

- *Un enjeu politico-démocratique* : la participation des acteurs. Dans une société démocratique et pluraliste, les décisions doivent recueillir l'assentiment du plus grand nombre et donc avoir une dimension consultative, plus encore dans le domaine de la santé où les professionnels sont nombreux, variés et puissants et l'opinion particulièrement sensible. Aux yeux de bien des acteurs eux-mêmes, surtout des médecins, toute forme d'évaluation est conditionnée par les jeux de pouvoir et les respects des positions au sein de l'organisation. La

<sup>7</sup> A la « philosophie du calcul » les auteurs, enseignants-chercheurs de l'Ecole des Mines de Paris, préfèrent celle du « pilotage des transformations organisationnelles et sociales ».

participation est-elle donc une condition d'efficacité ou de légitimation des démarches qualité ? Nous verrons que les degrés et formes participatives sont diverses (questionnaires, groupes de travail, participation à l'action plus ou moins large).

- *Un enjeu éthique et d'évolution de la société* : la relation au patient. La place et la nature de la qualité de la relation de service font également problème. Une infirmière doit-elle se dévouer au patient ou à l'institution ? Le sens de la mission sociale est-il de servir ou de réguler la demande sociale ? Les professions soignantes sont certes tenues à une déontologie à l'égard du patient, qu'il faut soigner. Pour autant, le soin peut comprendre une dimension humaine variable et difficile à évaluer dans son contenu comme dans sa relation à l'efficacité. Pourquoi un chirurgien devrait-il s'entretenir avec ses patients au préalable ? Par sympathie ou précaution (juridique), pour garder sa clientèle ou faciliter les opérations de mise en condition ; mais pas pour l'efficacité médicale de l'opération elle-même<sup>8</sup>.

*Des démarches de nature gestionnaires et/ou médicales (PMSI, CLIN)*

L'accréditation des hôpitaux n'est donc qu'une démarche d'évaluation parmi d'autres. Avant elle, deux systèmes différents se sont mis en place et interpellent notamment les médecins dans leur pratique : le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information et le Comité de lutte contre les infections nosocomiales.

Le PMSI a été créé pour faire évoluer un système d'allocation budgétaire qui reposait sur des critères d'activité trop simples qui ne reflétaient pas la réalité des besoins sur le terrain et qui se sont avérés inflationnistes. Cet outil, de mesure médico-économique, a permis aux décideurs politiques de mettre en avant des inégalités de traitement entre les régions françaises et d'objectiver les

ajustements budgétaires à initier. Chaque établissement participant au PMSI produit des informations, séjour par séjour, sur l'ensemble de son activité au cours d'une année<sup>9</sup>. Ces données sont ensuite traitées par la tutelle qui déduit un niveau de dotation théorique à partir d'un référentiel de coût des séjours produit par le ministère. L'objectif de la tutelle est de faire converger pour chaque établissement son budget réel avec son niveau de dotation théorique. C'est un principe d'ajustement du financement à l'activité réellement constatée. Jusqu'à présent, l'augmentation annuelle du budget global était la même pour tous les établissements (taux directeur) et ne pouvait tenir compte de l'évolution variable de l'activité de chacun des établissements de santé.

Déclarer ses prestations, évaluer un référentiel de coût pour chaque type de séjour, en déduire un financement pour l'établissement est un principe relativement universel, se mondialisant sur les cinq continents<sup>10</sup>, avec pour volonté de sortir d'un financement arbitraire. Par contre, les modalités techniques de recueil et de traitement de l'information, les modalités politiques d'application de ce principe au financement réel de l'établissement sont très variables. En France, le recueil et le traitement des données pour le court séjour sont directement inspirés par le système américain des DRG (*Diagnosis Related Groups*) du professeur Robert Fetter. Cette classification des DRG, initialement outil d'analyse de l'activité, est utilisée depuis 1983 par l'administration américaine pour le paiement forfaitaire des séjours hospitaliers. Celle utilisée en France est une classification

<sup>9</sup> Concrètement, il semble que le médecin chef se déleste de cette charge sur la secrétaire médicale, dans le cadre d'une évaluation au niveau de l'établissement (sans conséquences financières directes pour le service de soin).

<sup>10</sup> Le besoin de maîtrise des dépenses s'est sans doute répandu sous l'effet d'un contexte de réduction des dépenses publiques et pour sortir de financements dont les critères d'allocation n'étaient pas suffisamment précis, sur l'exemple libéral américain.

<sup>8</sup> L'éthique prendrait d'autant plus de place au stade « artisanal » actuel de l'évaluation (Barbier, 2000).

par Groupe Homogène de Malades (GHM<sup>11</sup>) ; elle est adaptée et actualisée quasiment chaque année par le Ministère des Affaires Sociales<sup>12</sup> avec l'aide des sociétés savantes de médecine.

Le PMSI est donc un outil gestionnaire d'évaluation élaboré à *partir des données médicales et financières*<sup>13</sup>. La montée en charge est prévue sur plusieurs années avec une progression par palier de la proportion du

---

<sup>11</sup> Un GHM est un profil de séjour de patient basé sur les données administratives et sur les diagnostics et les actes (exemple : pneumothorax, âge supérieur à 69 ans et/ou avec complications, morbidités associées). A l'inverse, pour les Soins de Suite et de Réadaptation ("moyen séjour"), le Ministère français n'a pas souhaité importer un système étranger mais a créé les GHJ (Groupes Homogènes de Journées) avec les spécialistes médicaux et soignants de ce secteur. Aujourd'hui seules les données du secteur court séjour sont utilisées pour le financement. Les données du moyen séjour devraient l'être prochainement. Les autres secteurs sont actuellement en expérimentation.

<sup>12</sup> Le PERNNS (Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé) était en charge de ce dossier jusqu'à la création de l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation) en décembre 2000.

<sup>13</sup> Depuis une vingtaine d'années, les hôpitaux publics et PSPH français ont en charge de recueillir des données médicales par séjour pour une année. Dans un deuxième temps (soit dix ans plus tard) une étude de coût a été lancée pour permettre la valorisation des groupes de la classification, l'objectif recherché étant de calculer des référentiels nationaux destinés à estimer les budgets théoriques de fonctionnement. Ainsi, les ARH ont été en mesure d'estimer pour chaque établissement, ayant fourni un relevé exhaustif de son activité médicale, un indice de performance (le point ISA) qui reflétait le niveau de sur ou sous dotation relatif d'un hôpital dans sa région. L'étude de coût, basée sur le volontariat d'un échantillon d'établissements, exige un cahier des charges relativement lourd qui nécessite la présence d'un système d'information performant, la mise en place d'une comptabilité analytique et une réelle volonté politiques des services de direction, cette nouvelle étude étant souvent perçue comme une surcharge de travail par les personnels des services financiers. Depuis la campagne 2004, le point ISA a été remplacé par un nouveau dispositif appelé : la tarification à l'activité (TAA ou T2A). Cette nouvelle démarche consiste à estimer une part de l'enveloppe annuelle en payant directement les séjours selon le tarif issu des référentiels de coûts nationaux.

budget alloué selon la « T2A ». Cette nouvelle mesure, la « T2A », constitue en soit un véritable changement, notamment pour les directeurs d'hôpitaux qui, dès lors, ne sont plus considérés comme seuls responsables des dépassements de budget. En payant directement les séjours, certains services de soins vont apparaître comme étant responsables des sur coûts mesurés, de sorte que, les directions pourront demander aux responsables des services des efforts d'organisation. Ainsi s'établit une pression directe sur les directeurs et une tentative de « responsabilisation » du corps médical.

Le *programme de médicalisation des systèmes d'information* (PMSI) est aujourd'hui opérationnel : il est généralisé à l'ensemble des établissements hospitaliers publics ou privés participant au service public hospitalier, dispensant des soins de médecine, chirurgie ou obstétrique<sup>14</sup>. Le PMSI est également opérationnel dans le secteur des cliniques privées depuis 1997, mais la convergence des outils budgétaires entre les deux secteurs reste très difficile à réaliser aujourd'hui du fait des différences de modalités de financement<sup>15</sup>. Les premiers résultats obtenus ont confirmé l'ampleur des disparités de ressources existant entre les hôpitaux. La campagne budgétaire 1996 avait permis d'amorcer un processus de correction des écarts qui devait être amplifié à mesure du perfectionnement des outils et de l'amélioration de la capacité des acteurs à s'inscrire dans ces nouvelles règles du jeu.

Dans un *genre différent*, médical pur, des comités de lutte contre l'infection nosocomiale (CLIN) se sont mis en place à l'échelle nationale, par région. Par exemple, le C.CLIN Paris/Nord est l'un des cinq centres inter-régionaux de coordination de la lutte

---

<sup>14</sup> Le but du PMSI est d'inciter les gestionnaires à plus de rigueur dans l'organisation, la gestion et avoir une meilleure connaissance des coûts réels de l'établissement de façon à mettre l'accent sur les services qui sont surévalués.

<sup>15</sup> Les médecins du privé sont payés par honoraires.

contre l'infection nosocomiale créé en France en 1992 (arrêté ministériel du 3 août 1992).

Ses missions sont la coordination et l'aide technique des comités de lutte contre l'infection nosocomiale (CLIN) de chaque hôpital situé dans l'inter-région Paris Nord (Ile de France, Haute Normandie, Nord Pas de Calais et Picardie). Cette inter-région représente plus de 700 établissements publics et privés de santé. Le C.CLIN Paris Nord emploie 17 personnes comprenant des médecins, infirmière, épidémiologistes, informaticien, bio-hygiéniste et personnel administratif<sup>16</sup>. La mission d'évaluation se comprend donc ici sur un plan purement médical, avec des dimensions sanitaire, hygiéniste et professionnelle.

Qu'elle soit d'ordre gestionnaire ou médical, l'évaluation obéit à des critères de démarche qualité dûment définis et visant la satisfaction du client : contrôle qualité, assurance qualité, amélioration continue de la qualité, management total par la qualité (Terra, J-L, Erbault, M., Maguerez, G., 2000). Ces démarches s'appuient à leur tour sur

---

<sup>16</sup> Depuis 1993, le C.CLIN Paris/Nord a entrepris plusieurs actions conformément aux missions qui lui sont assignées :

- La réalisation d'enquêtes de prévalence des infections nosocomiales, en particulier l'enquête nationale de prévalence réalisée en 1996 sur plus de 67000 patients dans 190 hôpitaux de l'inter-région.

- La mise en place de réseaux de surveillance épidémiologique des infections à partir des laboratoires de microbiologie (bactéries multi-résistantes aux antibiotiques), des services cliniques (services de chirurgie, services accueillant des patients immuno-déprimés) et des médecins du travail (surveillance des accidents exposants au sang et protection des personnels soignants).

- Des interventions sur demande des CLIN pour gérer des épidémies nosocomiales ou réaliser des audits en hygiène.

- Le développement d'un centre de documentation comprenant des envois de documentation, l'édition d'un bulletin de liaison trimestriel et l'élaboration et la diffusion de guides techniques sur les infections nosocomiales (épidémie, surveillance, hygiène).

- Des programmes de formation (épidémiologie, informatique) destinés aux membres des CLIN et une aide méthodologique pour mettre en place des programmes de surveillance.

différentes techniques de recueil de l'information : recherche documentaire, informatisation du système de soin, revue générale de la littérature médicale, recommandations médicales et professionnelles, enquêtes de pratiques, conférences de consensus (Matillon et Durieux, 2000). Mais l'impacte et les résultats de ces procédures dans la santé sont encore du domaine de la recherche – d'où sans doute la diversité des méthodes utilisées<sup>17</sup>.

#### *La réception par l'organisation varie selon les acteurs*

Les méthodes savantes d'évaluation sont donc diverses et parfois contradictoires, les unes plus gestionnaires et quantitatives, les autres plus médicales et qualitatives (Moison *et alii*, 2000). Les résultats obtenus grâce à elles sont encore largement à l'étude, surtout pour les plus qualitatives. On sait notamment que des facteurs locaux, des logiques de groupe ou des individus bénéficiant d'un fort capital social peuvent favoriser ou défavoriser la productivité ou la qualité. Des études ont déjà mentionné ce phénomène en France ou en Italie (communautés de réseaux, logiques territoriales). C'est dans cet esprit que nous avons voulu examiner comment la

---

<sup>17</sup> L'accréditation des hôpitaux porte la trace de ces différents enjeux et méthodes. On peut la caractériser de plus complexe du fait de l'importance de la démarche participative qu'elle suppose, liée à son approche systémique de l'organisation. Quant à la MEAH, c'est une mission créée récemment aux développements encore indéterminés.

« communauté de travail »<sup>18</sup> s'adaptait aux demandes pressantes d'augmentation de l'intensité productive et/ou de la qualité de soin. Mis à part quelques sociologues (Francfort *et alii*, 1995), on insiste plutôt, concernant les collectifs de travail, sur leur destruction par la mise en place de la rationalisation. Loin de nous l'idée de nier l'effet déstructurant des logiques productivistes, que nous avons analysées ailleurs (Sainsaulieu I., 2003<sup>19</sup>). Mais force est de constater que, dans le même temps, des communautés de travail résistent voire se portent d'autant mieux qu'elles paraissent à leurs membres plus adaptées à l'augmentation de la charge de travail. L'ambiance de travail est devenue (ou redevenue) un souci prioritaire des salariés : quand on a une bonne ambiance, on reste, fusse au détriment même du salaire<sup>20</sup>.

Notre hypothèse est que la qualité du service en milieu hospitalier, donc la qualité de soin, pourrait relever de la qualité des communautés de travail en entreprise. A la fois dedans et dehors, l'acteur médical se caractérise par un rapport plus individualisé à

<sup>18</sup> Nous dénommons ainsi l'ensemble des professions intervenant au niveau d'un service de soin (urgences, réanimation, etc...) et se reconnaissent comme membres du même groupe, assimilé à une seconde famille. Plus elle est communautaire, plus cette « famille » est large - de la femme de ménage au médecin. Mais les médecins, dans la durée, sont rarement autant présents que les salariés dans les services hospitaliers (sauf le chef de service), ils échappent donc largement au groupe communautaire vécu au quotidien, à géométrie variable, dont la nature est trans-professionnelle autour d'un noyau tantôt médical tantôt paramédical.

<sup>19</sup> Ce que nous avons appelé « productivisme de soin » a des effets d'hétéronomie dans le travail individuel et collectif : intensification, automatisation et bureaucratisation produisent des effets de déqualification technique et de frustration relationnelle pesant sur l'autonomie professionnelle des acteurs.

<sup>20</sup> Cette « ambiance », cette qualité de relations entre collègues ne repose par sur rien, nous en avons analysé les fondements dans des groupes à haute coopération technique, du type du bloc opératoire, et d'autres à haut investissement relationnel avec le patient, du type de la réanimation ou des urgences (publication à paraître).

la structure organisationnelle de l'hôpital, tandis que sa pratique est à la fois plus solitaire et plus intra-professionnelle. Pour toutes ces raisons, il nous a paru judicieux de montrer les représentations individuelles en débat dans le corps médical hospitalier, tel qu'il nous est apparu au cours de nombreux entretiens dans des cliniques et des établissements publics. Si on les rapporte aux enjeux et méthodes évaluatives présentées brièvement ici, on peut avancer l'hypothèse que les soignants paramédicaux, dans des conditions favorables explorées plus loin, sont plus globalement réceptifs à une démarche participative et quantitative, pour autant que celle-ci soit ouverte à leur apport collectif et individuel, pour une pratique professionnelle qui se prête davantage à des normes protocolées. Les médecins, encore au seuil d'une évaluation de leurs pratiques, alimentent davantage un « méta-débat » sur les fondements de la qualité de soin médical, marquant des réticences mais aussi une capacité de réflexion sur les mérites comparés des méthodes quantitatives et qualitatives dans leur profession. La différence ne provient pas seulement d'une division du travail entre théorie (médicale) et pratique (paramédicale), ni de l'inégale expérimentation de l'évaluation du travail des uns et des autres. Elle est aussi en rapport avec les stratégies professionnelles et organisationnelles des deux acteurs, les uns jouant davantage leur reconnaissance sociale au sein de l'institution hospitalière, les autres passant davantage par leurs pairs.

### *Méthodologie*

On s'appuie ici sur une série d'enquêtes menées dans les hôpitaux entre 2000 et

2003<sup>21</sup>. L'essentiel du matériau est constitué d'entretiens semi directifs, conduits sur la base d'une grille d'entretiens auprès des personnels hospitaliers de tous niveaux, services et professions, avec un accent mis sur les services de soin, dans une perspective empruntée à la sociologie des organisations<sup>22</sup>, comprenant l'étude de l'organisation du travail, des effets de l'environnement social, économique et politique, des politiques de management, des jeux de pouvoir entre acteurs, des identités professionnelles et des éventuelles cultures de service ou d'établissement. Le contexte financier et scientifique de notre étude nous prédisposait donc à appréhender les dynamiques collectives de l'organisation, pour autant nous n'avons omis ni l'analyse de ses dissensions internes<sup>23</sup>, ni l'appréhension des arguments et de la place du débat, en particulier médical, sur l'évaluation.

## 1/ MODALITES DU PHENOMENE PARTICIPATIF DES PERSONNELS INFIRMIERS

L'impact de l'évaluation sur le milieu soignant non médical provient de l'accréditation des hôpitaux. L'accréditation des hôpitaux passe par différentes phases, d'identification et de repérage des problèmes en interne, de vérification par la visite

<sup>21</sup> En particulier sur la dernière, effectuée pour le compte de l'ANAES - « Les facteurs de réussite et d'échec de la mobilisation pour la qualité dans le cadre de l'accréditation des hôpitaux », 2003. La signification des sigles est la suivante : CS = Clinique dans une grande ville du sud est ; CHN = Centre hospitalier dans le Nord ; CY = Clinique dans les Yvelines ; HMP = Hôpital mixte parisien ; CHN2 = Centre hospitalier du Nord 2. Dans chaque établissement une trentaine d'entretiens ont été effectués, dont 7 ou 8 médecins-chirurgiens et une quinzaine de paramédicaux sur chaque site. La dominante chirurgiens s'explique par leur poids dans le secteur privé et la nécessité de pouvoir comparer les résultats d'entretiens entre établissements.

<sup>22</sup> En particulier en partant des résultats d'analyse exposés dans Francfort *et alii*, *Les mondes sociaux de l'entreprise*, DDB, 1995.

<sup>23</sup> Voir notre ouvrage : *Le malaise des soignants*, L'Harmattan, 2003.

d'experts, puis de définition d'objectifs par les directions<sup>24</sup>. En pratique, les personnels sont donc consultés puis contribuent plus ou moins directement à l'élaboration de protocoles de soin... qu'ils utilisent ensuite dans leur travail.

### *La consultation des personnels*

L'accréditation se présente tout d'abord comme une sorte de défi aux agents, un examen à passer qui paraît jouer, au-delà de l'anxiété collective, un rôle de « booster » pour assurer la réussite. C'est « l'effet examen ». Tout un travail de préparation, d'information, d'explication préalable à la procédure, favorise la réalité de la consultation. S'ajoutant à un contexte local éventuel de menaces de fermeture, l'annonce de la butée du travail, à savoir présenter et réussir l'examen, joue comme nécessaire remise en cause et aussi facteur de motivation incontestable. « Une sacrée remise en cause. On n'avait pas le choix, il fallait se remettre en question. Il y avait une inquiétude, on sortait d'un plan social qui n'était peut-être pas fini. On essayait de le prendre du bon côté » (infirmière en réanimation, HMP). Comme l'indique un médecin de ce même établissement, l'appréhension qui saisit « comme lorsqu'on doit passer le bac » permet de fixer un point d'arrivée et d'évaluation non négociable, justifiant la masse de travail qui va être entreprise<sup>25</sup>.

Il s'agit d'une *consultation ouverte*, reposant sur une réelle liberté d'expression :

<sup>24</sup> Les outils de l'auto-évaluation sont des référentiels communiqués par l'ANAES aux acteurs et mis au point au cours de phases successives d'élaboration (hypothèses, thèses, reformulations, expérimentations) dans un aller-retour entre l'agence et les établissements. Les référentiels sont consignés dans le Manuel d'accréditation 1999, réactualisé en 2003 (en ligne sur le site internet de l'ANAES).

<sup>25</sup> En même temps, on mesure ici combien les pré requis culturels de l'organisation sont importants : la perspective de l'épreuve n'incite pas toujours, à elle seule, à relever le gant, encore faut-il s'en sentir capable...

les avis sont demandés et le personnel peut les donner, semble-t-il, sans crainte d'être jugé ou sanctionné. C'est ce qui se dégage en tendance, même si ça et là on peut avoir le sentiment d'une participation différenciée. Par exemple, à HMP, « *Les gens usent plus ou moins de ce droit... du coup, on a un peu deux catégories...la volonté de participer et la polyvalence sont plus dures pour les anciens.* » En revanche, les anciens ont pris le dessus dans les centres hospitaliers du Nord : « *Ce sont les plus anciens qui étaient prêts à se remettre en cause. On pensait qu'il y avait des petites lacunes, qu'on avait besoin de les voir pour pouvoir les améliorer* » (CHN).

De fait, le processus de consultation s'est organisé entre des groupes larges, mixtes, généralement réunis mensuellement pour valider des travaux réalisés en sous-groupes, ou en binômes plus spécialisés, et fixés sur une ou plusieurs thématiques. C'est ainsi tout un système d'échanges formels et informels, de *feed-back*, puis de remise en commun et de recherche de consensus par étapes, qui définit une consultation menée sur un temps long impliquant un fort investissement en temps et en énergie des personnels. « *On se réunissait le soir, après les horaires de travail* » (CY).

Tous les acteurs soulignent que le processus (fondé à ce stade sur la rédaction, consensuelle, de protocoles écrits) est lourd, long et génère une masse de papiers et d'allers-retours pour parvenir à sa forme finale. Il est clair que la dimension participative peut accroître le volume général de travail. Par exemple, à CHN, les premiers protocoles proposés ont été acceptés même si certains responsables n'en voyaient pas le caractère indispensable (le premier protocole proposé était : l'envoi d'un fax). Ainsi, s'ouvrir aux initiatives de chacun implique d'accepter des documents qu'il faudra probablement trier ultérieurement et alléger. Notons aussi que la masse de travail, préparatoire à la procédure d'« examen », explique en grande partie l'effet de

décompensation qui suit l'accréditation (dans les cas analysés, les « réserves » ou critiques émises par l'accréditation ont généralement été bien acceptées). « *Tout de suite après, on a tout lâché pendant 3, 4 mois, on en avait besoin* » (CHN2).

#### *Deux formes de la dynamique participative : élitaire transversale et massive*

Deux modèles principaux de fonctionnement de la participation semblent se dégager : l'un se définit par un fonctionnement *élitaire et transversal*, plutôt réservé à des volontaires fortement investis et en provenance de tous les services, l'autre relève d'une *participation massive*, dans le cadre de chaque service, et concerne probablement des établissements hospitaliers de taille plus restreinte.

La dynamique participative transversale est particulièrement illustrée à l'HMP. De nombreux groupes de travail de type fédératif ont été mis en place, qu'ils visent à établir un référentiel pour le projet de soins, pour le projet social ou encore pour la prévention. De même, des groupes d'auto évaluation ont établi un état des lieux préalable. La première caractéristique de ce fonctionnement, qui peut donner lieu bien sûr à une mobilisation réelle, mais partielle, obtenant des effets finaux pouvant être satisfaisants, est de cliver les personnels entre « ceux qui participent » et ceux qui demeurent éloignés du processus, voire l'ignorent presque complètement. Certains peuvent avoir participé, de manière semble-t-il régulière mais espacée, sans nécessairement percevoir le point d'aboutissement, même s'ils peuvent avoir apprécié le décloisonnement entre services et l'ouverture des échanges que le travail a permis. Pour d'autres, le processus convenait mieux à des acteurs expérimentés, plus « naturellement » portés à la réflexion. « *Ecrire, ça permet de réfléchir, on fait les choses machinalement et là, on a pris du*



*recul* » (Infirmière en ambulatoire, CS). « *L'interdisciplinarité n'est pas possible pour tout le monde. Une aide-soignante ne peut pas s'intéresser à un budget, un agent hospitalier n'a pas d'avis sur le système d'informations, d'un autre côté un médecin se fout de la politique des conditions de travail en cuisine !* » (Médecin HMP). Cependant, s'il est limité par le volontariat, indispensable à sa réussite, le fonctionnement transversal comprend des effets positifs largement soulignés par les responsables comme par la base (circulation de l'information, prise de conscience, élargissement des horizons). « *L'apport, c'est le décloisonnement des pavillons, une meilleure conscience de l'ensemble* » (Coordinateur qualité, HMP).

La participation massive n'empêche pas tout fonctionnement délégué. Elle repose au contraire sur une alternance de consultation large et de fonctionnement « d'équipes projets », de sous-groupes de travail ciblés. La CS illustre assez bien ce modèle, reposant sur une consultation souvent individualisée dans sa phase la plus large. « *70% du personnel a participé à l'élaboration (puis) on a conçu une division par groupes de travail : on a révisé au bout d'un an en faisant lire par d'autres, des personnes ressources* ». On le retrouve ailleurs, avec d'abord une mobilisation par groupes quasi en continu : « *On a tous choisi la commission qu'on voulait, tout le monde prend la parole, on peut dire ce qu'on pense* » (CHN). Et là encore, le soignant est sollicité en même temps de manière individuelle et massive, puisque, de façon presque caricaturale, et pourtant effective, ce mouvement participatif massif inclut en même temps la distribution de responsabilités individuelles (notamment formalisées après la procédure d'accréditation). « *On est tous référent de quelque chose. Quand les représentants de chaque service se réunissent, on est une vingtaine* » (Aide-soignant de nuit, HMP).

D'une certaine manière, ce mécanisme éclaire certains des effets directs du travail participatif aboutissant à l'accréditation.

D'une part, il produit assez rapidement, tout comme le premier, un phénomène de décloisonnement entre les services et les métiers, ouverture qui semble généralement perdurer. « *Maintenant, je demande plus facilement aux médecins que je ne le faisais avant* » (Infirmière, CHN). « *On s'adresse aux chirurgiens sans problème* » (Infirmière, CY). « *N'importe qui peut émettre une fiche sans passer par le cadre... C'est un droit à la critique, à la parole, un droit à l'expression* » (CHN2).

Ce décloisonnement a encore pour conséquence, outre une expression plus libre qui peut durer, une meilleure compréhension des contraintes et caractéristiques des autres services. La « chaîne » de travail au service du patient peut ainsi être saisie comme un système plus vaste, accréditant probablement l'image d'ensemble de l'hôpital, son identité et sa qualité globale. Il permet aussi à l'encadrement de mettre en lumière les capacités d'initiative, de créativité et de coopération d'acteurs individuels, capacités non nécessairement perceptibles auparavant dans le fonctionnement quotidien. « *On s'aperçoit que ce n'est pas forcément ceux qui sont concernés par le problème qui trouvent toujours l'idée de solution* » (CY). « *On en voit qu'on aurait pas soupçonnés qui montrent de l'initiative, qui prennent leurs responsabilités* » (CHN).

La mobilisation participative large induit ainsi, davantage que la participation élitaire, *l'émergence d'acteurs individuels*<sup>26</sup>, qui viennent constituer un réseau de travail et d'échanges, qui se surimpose, en quelque sorte, à la structure formelle de travail. Les interactions d'élaboration de la procédure d'accréditation parviennent ainsi à constituer un système d'acteurs-référents, moteurs dans leur domaine ou transversalement, qui entretiennent, relaient et relancent la dynamique d'ensemble. De plus, les protocoles rédigés, débattus et validés dans

<sup>26</sup> Cf *infra* « *animation dirigeante et hommes ressources* ».

les groupes prennent force de loi, soit pour la respecter soi-même, soit pour la faire respecter : ils favorisent la possibilité, pour les soignants par exemple, de rappeler la norme aux médecins (par exemple : le temps minimum pour se laver les mains). Formalisant une norme, le protocole fournit un support protecteur, « une règle du jeu » qui vient servir la régulation entre acteurs et fixe le périmètre d'échanges de travail qui dès lors se modifie.

Les effets des deux participations sont donc comparables : *conscientisation, émancipation, révélation et responsabilisation individuelles, pour une meilleure information, mobilisation et implication collectives*. Reste des différences de degré et la façon. Comble de la dialectique de l'individuel et du collectif, la participation massive révèle davantage les capacités individuelles que la participation au volontariat... de même que le fonctionnement collectif des groupes les plus larges est mieux assuré par des individus volontaires.

#### *La dimension du service*

Tout montre que ces processus contribuent à des synergies fortes au sein de certains services, peut-être parce qu'ils permettent de mieux contrôler les incertitudes de l'organisation du travail, tout en permettant de les nommer directement sans faux-fuyant. « *L'ambiance n'est pas faite que du personnel, c'est aussi l'organisation du travail dans le service. Si au niveau de la charge de travail c'est pas bien réparti, l'ambiance n'est pas bonne... Ici le gros du problème a été réglé* » (Aide-soignante en gérontologie, CHN2). Apparaît ainsi la notion de service innovant. « *On met en place des choses : cellule pour arrêter le tabac, dépliant au niveau des services. Je ne suis pas référent [personne désignée pour suivre un problème], mais je vais m'occuper du nouveau dépliant. Toujours avec l'équipe, on*

*demande l'avis de tout le monde. C'est très collectif. Je peux aller remplacer un référent à sa réunion* » (Infirmière en pneumologie, CHN). Mais tout indique que ces synergies par service ne durent qu'autant qu'elles sont positivement prises en compte par les responsables, médecins et cadres infirmiers. La liberté d'expression et la dynamique de proposition et d'innovation appellent la nécessité d'un arbitrage, aussi la hiérarchie est-elle alors appelée à trancher et par-là même à soutenir la poursuite du mouvement, ou à le freiner. « *Si on met trois mois à résoudre (un problème) les gens vont arrêter de signaler* » (Aide-soignante, CHN2).

#### *L'animation dirigeante : direction, porte-paroles et hommes ressources*

La dynamique participative fonctionne donc à partir d'une volonté politique et ne peut continuer dans le temps qu'au travers de la poursuite d'une animation dirigeante régulière et forte. Le directeur, nous l'avons dit, est un élément clé pour légitimer le mouvement, lui conférer son sérieux dans la durée, expliquer au fur et à mesure les enjeux et les étapes de la démarche. De plus, il crédibilise les premiers effets de l'action en sachant répondre rapidement à des dysfonctionnements mis à jour, puis, à étapes régulières, en « donnant les moyens » pour faire face à tel ou tel nouveau fonctionnement à initier. L'implication collective de la direction et de l'encadrement est ainsi un facteur de développement et de poursuite de la dynamique de qualité : « *Dans le cadre de l'accréditation, il faut la volonté de la Direction, un encadrement exceptionnel, une assez bonne ambiance et une culture qualité* » (Equipe qualité, CY). L'animation dirigeante implique des « porte-parole » de proximité : pour obtenir des réponses, pour transmettre des retours d'informations, pour opérer des vérifications. C'est une sorte de militantisme actif qui exige que des cadres de proximité ou

des personnes ressources, à même d'évoluer dans les interactions d'un ou de plusieurs services, agissent de manière constante et intensive tout au long du processus.

A ce stade, l'animation participative ne suffit pas : il s'agit pour les responsables de garder une attention soutenue pour opérer les interventions adéquates (résolution de problèmes, apport de formations). « *La douleur, j'ai été très attentive, on a encore des efforts à faire : on a des protocoles pour la douleur, une équipe mobile, des gens qui vont conseiller les équipes thérapeutiques, mais on n'a pas de protocoles universels à appliquer. Il faut s'adapter à chaque cas, ça suppose que les infirmières soient très au fait de l'évaluation de la douleur* » (Coordinatrice qualité, HMP<sup>27</sup>). Ainsi, le maintien de la mobilisation s'obtient grâce à : « *Une équipe pérenne qui entretient la flamme de la démarche qualité* » (HMP). L'équipe dirigeante et de proximité « obtient des résultats » en s'inscrivant dans une démarche continue ne se limitant pas au passage de l'accréditation.

A ce mode d'encadrement et d'animation, s'ajoute l'action des personnes-ressources, leaders d'opinion locaux ou pionniers, inconnus prenant des initiatives grâce aux opportunités d'intervention créées par la démarche de participation : « *ça faisait longtemps que je voulais faire sur la douleur, il y a eu la circulaire...* » (Aide soignante de nuit, CS). Reste qu'il y a de fortes probabilités pour que ces acteurs occasionnels, souvent agents subalternes, ne soient pas reconnus et entourés par la hiérarchie et de ce fait se sentent isolés ou frustrés. « *On a toujours envie que ça aille mieux. J'ai vu une grande évolution, mais parfois on prêche dans le désert car on n'a pas les moyens, le temps, le rythme qui*

<sup>27</sup> Les termes « d'équipe qualité » ou de « coordinateur qualité » désignent les personnes en charge du processus d'évaluation dans l'établissement - dont celui de l'accréditation, à mi-temps ou à plein temps selon les cas.

*permettent la qualité. On est souvent frustré en ayant l'impression de faire le minimum, on aurait voulu faire mieux*» (Infirmière ambulatoire, CS). Enfin, l'apport de formations, à partir de dysfonctionnements repérés, est une aide appréciable pour relancer la démarche.

### *L'avantage des petites structures*

Par contre, la question est posée d'une différence de fonctionnement des organisations hospitalières de petite taille. Elle permet même d'entrevoir des logiques différentes de fonctionnement entre le public et le privé : si d'un côté on favorise la spécialisation, la règle, pour des ensembles souvent imposants, aux missions variées, de l'autre on sait faire fonctionner de petits collectifs, concentrés sur des objectifs plus spécialisés, à « taille humaine », reposant sur la polyvalence des personnels et non la spécialisation, l'ambiance et la mobilisation collectives<sup>28</sup>. De fait, la majorité des cliniques sont de petits établissements où le fonctionnement collectif est le plus souvent très prononcé, faisant dire à des responsables de haut niveau que les ressources humaines sont le premier facteur de bon fonctionnement de la clinique<sup>29</sup>. Les raisons de l'efficacité de la clinique ne sont pas uniquement celles de la gestion « privée ». Il est certain que le bon fonctionnement des équipes médicales en clinique, pour qui l'intérêt matériel est évident, à côté de l'amour de l'art, a une incidence sur les résultats de l'organisation, par ailleurs gérée de façon très attentive par obligation de rentabilité. Mais le degré de bon

<sup>28</sup> Les cliniques sont soumises aux mêmes règles sanitaires que les hôpitaux sanitaires, mais leur taille est souvent petite, leur fonctionnement moins complexe, moins diversifié, donc avec moins de règles contradictoires.

<sup>29</sup> Entretien avec le Délégué général de la Fédération des Hôpitaux Privés, juillet 2001. Les cliniques privées ont fait l'objet de contrôles sévères dans les années 1990 visant à éliminer les « canards boiteux ».

fonctionnement des équipes para-médicales n'est pas pour autant fondue dans la question de la rentabilité – leurs motivations et leurs gains ne sont pas « matériels », le plus souvent ils ne gagnent pas plus par ce biais<sup>30</sup>.

Le fait que ces communautés d'établissement soient bien adaptées à la démarche participative de l'accréditation ne signifie pas non plus qu'elles puissent absorber facilement n'importe quelle réforme. Non seulement elles peuvent en être saturées, comme tout collectif organisé, mais la rationalisation peut s'avérer menaçante pour des fonctionnements informels et collectifs, où bien des choses ne se font pas dans les règles. Certes, nous avons vu comment le formel et l'informel, la règle et la culture peuvent se marier. Mais nous avons vu également comment cela reposait sur une mobilisation qui elle-même était respectueuse d'une culture. Le secret de la réussite, c'est l'alliance d'une certaine performance collective – participative – avec un certain fonctionnement collectif – communautaire. Autrement dit, si la réforme mise sur la participation du collectif, comme dans le cas de l'accréditation, la réponse du tissu interactif sera positive, la « greffe » administrative pourra « prendre corps » et le fonctionnement du tissu s'en trouver amélioré. Au contraire, si la quête d'efficacité privilégie des considérations autoritaires, technocratiques, par souci de rentabilité privée ou d'intérêt public, il est fort probable que le tissu rejette la greffe et que, sans détérioration grave apparente, il en vienne à se nécroser lentement et à produire les mêmes effets constatés ailleurs dans le « corps » soignant hospitalier : la démotivation et le vote avec les pieds. Si règlement et culture de l'échange peuvent se marier, c'est sous le

contrôle de la communauté elle-même, dans le respect de son autonomie, comme pour une profession (Dubar et Tripiet, 1998). On ne voit pas en effet comment une autorité centrale peut rester légitime si elle ne prend pas en considération les modes d'existence sociaux locaux et former à de nouvelles normes des agents productifs sans tenir compte de leur source principale de reconnaissance et de satisfaction dans le travail : la collectivité restreinte<sup>31</sup>.

## 2 / LE DEBAT MEDICAL SUR LA QUALITE, ENTRE SCIENCE ET ETHIQUE

En France, l'évaluation strictement médicale est encore largement dans les limbes. Face à elle, les médecins se définissent différemment, entre ceux qui se consacrent au collectif organisé et ceux qui restent à l'écart (Sainsaulieu I., 2001), ceux qui acceptent de participer à différents types d'évaluation et ceux qui refusent, notamment les « hyperprofessionnels » qui en font un enjeu réservé à leur profession (Stuedler, 2000). Les écarts de positions sont donc importants. Les enjeux larges – politiques, sociaux et économiques, sont moins présents dans leurs préoccupations que les enjeux scientifiques et professionnels : peut-on passer à une *culture objective des résultats médicaux* ? Peut-on s'en passer ? Les uns pensent pouvoir arriver un jour à des points de vue chiffrés sur les résultats de telle ou telle pratique médicale. D'autres mettent en avant l'impossibilité de quantifier. Le débat oscille constamment entre ces deux pôles<sup>32</sup>.

<sup>30</sup> Si les cliniques reposent davantage sur un fonctionnement communautaire que les hôpitaux publics, monstres bureaucratiques auxquels incombe plus d'une charge, ce dernier existe néanmoins souvent au niveau inférieur des services, ou au niveau de l'établissement tout entier quand sa taille n'est pas trop démesurée, comme c'est le cas dans l'échantillon de notre étude.

<sup>31</sup> Pour Axel Honneth, famille, travail et société sont les trois sphères de reconnaissance sociale du sujet en quête de confiance, de respect et d'estime de soi (Honneth, 2000).

<sup>32</sup> Pour les sigles d'institutions utilisés (ANAES, CLIN, PMSI...) voir introduction et note page 5 pour les noms d'établissements.

### *Éléments de variation*

La difficulté est que le débat entre objectivisme et subjectivisme n'existe pas de manière pure. Le débat entre l'équipe paramédicale (infirmier, cadre infirmier, intendante) de surveillance des taux d'infections nosocomiales et le point de vue des médecins des services illustre bien cette oscillation. Un premier facteur de variation des réponses s'effectue en effet selon le point de vue, médical ou paramédical, sur une même méthode. L'équipe paramédicale du CLIN souhaite exercer une activité de « *surveillance en continue* » sur des sites tout en sachant que l'origine du mal peut être multiple : si l'on se réfère à des « *indicateurs fiables (infection du site opératoire, infections urinaires...)* », ces indicateurs « *ne sont pas forcément comparables aux autres sites, l'intérêt c'est surtout de voir comment les sites évoluent* » (équipe du CLIN, HMP). Intervenant à la demande des sites concernés, l'équipe du CLIN estime elle-même que « *tout n'est pas quantifiable* », la relation entre le patient et le médecin incarnant le facteur humain, la boîte noire relationnelle. En même temps, elle estime pouvoir prouver et mesurer l'incidence du facteur humain, de la qualité de relation sur la qualité de soin, par exemple dans un bloc opératoire, où sont concentrés « *un nombre important de personnes* », en l'outillant de caméras... tout en sachant que « *le dosage d'anticoagulants ne sera pas vu* ». Finalement, l'évaluation des résultats passe peut-être par un questionnaire adressé aux patients... Le point de vue médical sur le travail du CLIN est un peu différent : si les taux découverts sont utiles, ils doivent évaluer le résultat du travail médical « *par service, pas par individu* » (chirurgienne, SJ), où l'accent est mis sur le travail individuel du médecin, tandis que le point de vue infirmier penserait en termes de groupe (infirmier). Car l'évaluation médicale est jugée plus difficile et plus ambitieuse que celle du soin (infirmier), aussi doit-elle tenir

compte des évolutions constantes de la médecine et des individus : « *faut-il faire un scanner ou un IRM pour telle pathologie ? faut-prescrire des médicaments, faut-il opérer dans tel cas ? La pratique médicale est plus large que la qualité de soins, le côté infirmier. L'aspect médical introduit de la variété en fonction des médecins* » (Responsable qualité médicale, CY).

On trouve un second élément de variation dans les appréciations des méthodes d'évaluation. Travail du CLIN et accréditation sont-ils différents en méthode ? « *le CLIN c'est très lourd, très spécifique, l'ANAES est plus général. Le CLIN donne des pourcentages, l'ANAES non, c'est une autre méthode pour voir les points forts et les points faibles* » (Infirmière diplômée d'Etat – IDE, référente en hygiène, CY). Par exemple, en ce qui concerne la présence de bandelettes urinaires à l'entrée des malades, « *on est arrivés à 85 % au lieu de 27 % ; il faut que ce soit systématique sinon on ne peut pas se protéger contre les infections nosocomiales* » (IDE, référente en hygiène, CP). Le PMSI est encore très différent : « *c'est une évaluation quantitative, avec quelques marqueurs de qualité, mais très pointus* » (Responsable qualité médicale, CY). Les dispositifs évaluatifs sont donc plus ou moins lourds, plus ou moins permanents. Mais même pour le CLIN, s'il existe un travail permanent d'évaluation, « *ce n'est pas à 100 % : on ne peut pas évaluer toutes les procédures* » et cette procédure est complémentaire avec les autres : « *sinon le protocole de lavage de mains a été évalué par l'accréditation* ».

Quelle que soit la forme cependant, les médecins préfèrent le « *fond* », le résultat. L'accréditation, dit-on, a évalué des procédures, pas les pratiques médicales : respecter des consignes et des recommandations ne signifie pas automatiquement faire du bon travail. « *Le jour où l'on verra que le chirurgien untel a des taux de réussite XY, on aura l'évaluation. On a évalué les procédures, et on les a considérablement alourdies : les*

prescriptions sont alourdies, alors que la médecine n'est pas scientifique, elle varie individuellement, on nous a mis des carcans. Vous ne pouvez pas demander un examen sans une feuille à remplir, le médecin radio et labo sont des prestataires de service, ils ne peuvent pas juger » (chirurgienne en digestif et général, SJ). Cette position critique exemplaire est émise par une chirurgienne n'a pourtant pas comme préoccupation unique le relationnel unitaire au patient, qui ne tourne pas systématiquement le dos au caractère chiffrable de l'évaluation, quand c'est possible et que ce n'est pas la procédure mais le résultat qui est évalué : « Je sais combien j'ai d'infections nosocomiales, et j'ai envie que le taux baisse. Si chaque chirurgien avait des résultats, grâce à des retours systématiques, il aurait une prise de conscience des réalités à côté desquelles il passe, car les patients ne le marquent pas tous de la même façon ». « On peut avoir une approche scientifique de la médecine mais ce n'est pas une pratique scientifique », résume la chirurgienne. Le « résultat » relève ainsi d'un effort quantitatif subjectif. Si le point de vue médical scientifique suppose du temps et de l'argent, il suppose aussi une formation subjective qui y prédispose : « Je viens d'une école qui a cette culture d'évaluation des échecs. Dans l'équipe de l'épaule, on fait de l'évaluation. L'effort devrait être plus général. Il y a eu un moment de gros travail scientifique (...) » (Chirurgien spécialisé, CS). Cela pose des problèmes pratiques d'analyser les résultats sur les patients, il faut re-convoquer les malades pour dégager des statistiques. Pourtant, malgré les réticences médicales, des pathologies ou des segments semblent s'y prêter mieux que d'autres : « On pourrait avoir une fiche minimale préopératoire dans certaines pathologies avec une dizaine d'items. Et après, avoir une fiche minimale à remplir ; il faudra pas mal d'années pour trouver un moyen terme entre la science et rien. Il ne faut pas forcément non plus une évaluation sur tout. Il y a peut-être des domaines où cela s'y prête plus. En

chirurgie, ça me paraît nécessaire. Les médicaments aussi. Il faudrait pouvoir éliminer les 5% de praticiens 'boarder ligne' » (Chirurgien orthopédique épaule et genou, ex président CME, CP).

Le point de vue médical tend donc à mixer, selon des doses variables, subjectivité et objectivité. Dans son versant subjectiviste, il induit une confiance dans la profession qui n'est pas le critère même de l'objectivité. Un chirurgien partage la finalité de l'évaluation médicale mais affiche d'autant plus de scepticisme sur l'évaluation que la profession (business compris) serait seule juge : « Pour évaluer le chirurgien, il faut prendre en compte le taux de complication, quelle que soit l'opération, du fait du chirurgien et de l'environnement. On a évalué par le CLIN les complications infectieuses. Il reste les autres complications mécaniques, les échecs des prothèses. Ou encore vasculaires. La prochaine étape, c'est clairement l'évaluation médicale. Elle ne peut être faite honnêtement que de l'extérieur : est-ce que l'opération a marché ? Pour l'instant, le critère, ce sont les résultats publiés dans les revues. Non seulement cela coûte cher de publier, de faire des démonstrations, mais cela reste de l'auto-évaluation. On cherche à savoir à long terme si les prothèses tiennent, mais c'est fait à la demande du fabricant et par les médecins qui s'en servent. On est plus évaluateurs que les médecins, mais ça reste auto-évalué. Sur l'accréditation future, je suis persuadé qu'on accrédiitera les médecins et que c'est objectivable » (Chirurgien orthopédiste, CP).

Au souci d'objectivité correspond en écho l'apologie des statistiques propre à l'objectivisme, comme en témoigne involontairement ce chirurgien de la clinique des Yvelines, pionnier dans l'expérimentation médicale (informatisée) : « On revoit les patients pour surveillance et donc on peut les suivre sur un logiciel que j'ai mis en place avec mon patron. On a un système qui compte un taux de survie actuariel. Ça vient de l'expérience industrielle pour connaître le taux de survie du matériel. On compare aux

*statistiques mondiales. Avant on attendait dix ans pour savoir si une prothèse était bonne ou non. Maintenant on sait en trois ans. J'ai mis au point un ERP, logiciel intégrant les logiciels concernant le patient. On peut savoir quand pourquoi et qui a fait, ce qui nous a aidé pour l'accréditation. On sait à tout moment les tableaux de contrôle de chaque activité. Ce qui est important pour moi c'est d'avoir des chiffres. Les tutelles nous ont demandé des chiffres je les ai demandé : personne ne pouvait savoir les urgences qu'il faisait » (Chirurgien administrateur, CY). Le degré de formalisation dans l'enregistrement des résultats permet à coup sûr de mesurer l'évolution des résultats, comme ici l'usure du matériel greffé lors de l'opération. Mais la question devient alors de savoir ce que l'on mesure. Un autre chirurgien, plus jeune, pas trop pour « l'hyper-spécialisation », promeut une définition différente de l'évaluation, moins techniciste et redonnant toute sa place au patient :*

*« L'ANAES et l'accréditation valident un outil de travail, vous avez une structure qui en termes de locaux, réactivité, matériel est bonne. Mais elle n'apprécie pas la qualité de mes soins, qui a été évaluée par mes formateurs, mais depuis par personne. On m'a engagé ici avec des renseignements auprès des gens qui m'ont formé. La sécurité sociale nous dit si on est gros prescripteurs de médicaments, actes, kiné... Vous êtes au-dessus ou en dessous de la norme... c'est très léger comme critères » (Chirurgien orthopédiste du membre inférieur, CP). Après cette mise à distance de l'évaluation de la procédure, voici le fond : « Le problème de la qualité, c'est comment évaluer la qualité de vie : mal pas mal, mobilités dans les articulations... le patient dira que ce n'est pas comme avant. Il faut des questionnaires de qualité de vie, des fiches qui servent d'évaluation, dire si ce qu'on a fait semble correcte par rapport aux critères habituels ; sont en train de sortir des fiches nouvelles sur la qualité de vie sans termes de médecine ». Qu'est-ce que la qualité à évaluer ? Elle est*

*largement humaine, relative, approximative : « Ce n'est pas une image qui compte, c'est le patient. On peut supprimer la cause pathologique sans que la douleur cesse. Ils vont décompenser autre chose. Donc je dissocie la qualité de l'acte de soins et de la qualité de vie. On est assez limités en médecine, et en orthopédie en particulier, on espère restaurer une fonction au mieux. Or le psychisme joue beaucoup, en fonction ils évolueront pas de la même façon. On sait les facteurs psychologiques qui font qu'ils vont se plaindre ou non. Il y a les battants ou les loukoums. C'est difficile de savoir quoi faire à qui. Il y a des règles de bonne pratique. A la clinique, il y a un grand capital d'expériences, on échange, il y a des staffs ». Les clients ne sont pas non plus une référence absolue, ils « font plus de reproches sur le confort que sur le soin, le superficiel, ils retiennent la taille de la cicatrice et ce qu'ils ont bouffé ». Ces plaintes, « ça compte », en terme de « réputation » de la clinique et donc de commercialisation, « mais pas en termes d'attachement de la clientèle. Les patients jugent par les médecins de ville et le bouche-à-oreille ».*

Autrement dit, si certains chirurgiens plus « technicistes » ou « statisticiens » pensent pouvoir mesurer l'efficacité d'un geste médical en soi, d'autres jugent davantage ses conséquences : mal opéré, un patient peut se porter bien, et inversement. Le résultat n'est plus tant rapporté au médecin (taux de réussite) mais relève davantage du patient (ses penchants, son comportement...). Ou, si on le rapporte au chirurgien, on inclura l'évaluation du bien être comme seconde « note d'appréciation », ce qui ne signifie pas se fier à l'opinion du patient, considération plus commerciale (degré de satisfaction de la clinique) et contestable. A ce sujet, il faut noter que toute méthode peut être suspecte d'influence commerciale, le taux de réussite du chirurgien pouvant, comme celui du bien

être (contrôlé) du patient, rapporter de l'argent<sup>33</sup>.

Le sens de la relativité semble donc caractériser l'ensemble des médecins en matière d'évaluation. Il renvoie à la double nature de la médecine, entre science et art, entre objectivité et subjectivité. Même pour le président du CLIN, « *on ne peut pas faire la même chose que pour le CLIN, où les indicateurs sont simples. La démarche globale qualité inspiré du CLIN, oui l'esprit est là. [Mais] ce que l'on nous demande de faire maintenant, sur les décès et autres, c'est toujours assez violent de voir les consultations des chirurgiens. C'est terrifiant, plus que de vouloir des taux génériques* » (Président du CLIN, CY). Pour lui il y a bien une « étape suivante » de l'évaluation, celle des praticiens. Mais en même temps, il a tendance à se rabattre sur l'auto-évaluation : « *Moi ce que je voyais c'est que l'auto-évaluation stimulait suffisamment* ». Pourquoi ? Parce que l'évaluation médicale, en plus d'être techniquement difficile, longue et coûteuse, pose un problème humain, où l'on voit à nouveau que l'objet et le sujet ne se distinguent que mal dans la médecine. Et dans les deux cas (auto-évaluation et évaluation indépendante), on rencontre les réticences et les frictions du corps médical : « *Je pense que l'auto-évaluation vaut mieux que l'évaluation des pratiques plus rigide. En recherche clinique on a tous les référentiels voulus. Le caractère subjectif en recherche clinique est une tarte à la crème, c'est toujours de l'auto-évaluation, par les praticiens et les laboratoires qui cherchent. Faire progresser les praticiens c'est l'objectif, c'est mon espoir. Après, ils risquent d'avoir à rendre des comptes. Je suis surpris d'un autre côté par le nombre de collègues qui ne font aucune auto-évaluation et je ne serais pas surpris que l'auto-évaluation ne*

*suffise pas pour améliorer leurs pratiques. Donc il risque d'y avoir de l'évaluation plus violente, et il vaut mieux que les sociétés savantes aient les moyens de construire les moyens de l'évaluation, sinon ce sera celle des technocrates. Pour l'instant on vous donne le temps de créer des référentiels, des tests d'auto-évaluation* ». Précurseur dans la démarche d'évaluation objective, le CLIN lui-même rencontre des réticences : « *c'est un critère de qualité d'avoir un CLIN qui fonctionne, et l'indicateur de qualité c'est qu'il y ait un contrôle à différents points de l'établissement grâce à un contrôle qui est violent. Il a fait discuter, c'est le plus conflictuel, il conduit à montrer du doigt les plus défailants. Les gens résistent pour le plaisir, pour prouver qu'ils existent. Les infections déclarées ça va, il y a le médico-légal. Mais ceux qui sont indirectement liés, les anesthésistes, résistent avec une culture hospitalière et nous libérale. Ils se sentent moins concernés* » (Président du CLIN, CY).

### **Vie de l'évaluation et évaluation de la vie**

Au terme de cette revue d'arguments, on mesure la complexité de l'articulation d'un point de vue évaluatif sur la qualité médicale. Il est difficile d'assigner des opinions à des positions. Si les points de vue varient selon la profession (médicale ou paramédicale), la discipline ou la spécialité médicale, les médecins se rassemblent sur la préférence pour la pratique sur la procédure et sur la complexité de l'évaluation de leur pratique. Ils varient néanmoins sur son degré de faisabilité, sans qu'on puisse l'imputer seulement à une position dans le champ médical (chirurgien, médecin, privé, public etc...). Sans chercher à l'exhaustivité, on peut distinguer deux pôles d'interrogations.

D'une part des questions autour de l'autorité évaluative : *qui doit évaluer ?*

Le critère de la satisfaction des clients, si cher aux démarches qualité, est mal accepté

<sup>33</sup> La dimension « commerciale » n'est sans doute pas la seule raison qui explique que l'évaluation soit plus avancée en chirurgie qu'en médecine : la délimitation plus stricte des interventions chirurgicales le facilite aussi.



par les médecins qui l'assimilent à un enjeu commercial : la « réputation » étant, à leurs yeux, soit fondée sur des aspects superficiels (accueil, nourriture, esthétique...), soit sur des opinions particulières (celles des médecins de ville). Quant à l'usage des questionnaires sur l'état des malades post-opératoires, ils soulignent la difficulté des appréciations des profanes (relativité de la notion de « bonne santé »). Les collègues seraient une source plus légitime de l'évaluation, mais la dernière appréciation en règle peut remonter au temps de l'école et de la formation et l'auto-évaluation médicale rencontre ses propres limites, que ce soit par la formation, les staffs ou les congrès : elle peut être biaisée par des intérêts, corporatistes ou clientélistes. Surtout, l'auto-évaluation est fragile, elle suppose une bonne volonté qui par expérience est plutôt défaillante, inconstante. L'évaluation externe présente le double inconvénient de l'intrusion de l'extérieur (cas de généralistes jugeant des chirurgiens) et de la question de la compétence. Dans ces conditions, les instances médicales recherchent des audits totalement extérieurs au pouvoir politico-administratif. Mais leur indépendance et leur compétence demeurent des questions majeures.

L'autre pôle d'interrogations concerne les modalités de l'évaluation : *comment évaluer ?* Là encore se présente un imbroglio de questions relevant à la fois d'options philosophiques, de débats d'écoles et entre spécialités médicales sur ce que sont la médecine, la guérison, la maladie... On distingue notamment la question de la prise en considération de la globalité du corps ou de la partie soignée : une approche *techniciste* tend à isoler la partie soignée, particulièrement la partie opérée, tandis qu'une approche *globaliste* entend prendre en considération l'ensemble du corps humain, y compris les aspects psychologiques. Tantôt l'humanité de la personne prévaut et la relation au patient devient une composante de la guérison ; tantôt une approche statisticienne permet, au-delà du

cas individuel, de mieux prévoir et agir sur la maladie.

Reste que le débat entre médecins sur le point de vue éthique est particulièrement nourri. La question n'est pas seulement de savoir si les actes médicaux sont quantifiables, on pourrait même avancer qu'ils le sont toujours au moins en partie mais le vrai problème, c'est la valeur, l'importance de ce qui est quantifiable par rapport à ce qui ne l'est pas. Confronté au problème de l'irruption technologique dans sa pratique, un anesthésiste résume bien les répercussions induites sur le rapport au patient par l'amélioration de sa capacité : « *La qualité de votre travail augmente avec la technologie et le matériel. On a des appareils qui font tout, 5 fois mieux. Avant c'était très apprécié, maintenant on a des moyens de surveillance accrus. Le seul truc c'est qu'on est plus en train de regarder les machines et pas les malades, le malade s'est éloigné, c'est moins personnalisé qu'avant. Les moyens de sécurité sont devenus top et ils évoluent toujours. Il faut continuer à s'obliger à avoir une relation humaine au malade, pas le traiter comme de la viande. La technologie nous fait stresser, avec plus de rentabilité, un rythme accru* » (Anesthésiste, CY). L'efficacité de traitement n'est pas en soi humaine, même si elle y contribue. Ce qui l'est, c'est une philosophie de la vie, d'après

Georges Canguilhem<sup>34</sup>. De nombreux médecins pensent que la qualité doit prendre en considération des impératifs scientifiques et éthiques à la fois, d'efficacité et de moralité, d'où l'importance pour eux d'un processus de concertation et de débat démocratiques sur les enjeux et les méthodes de l'évaluation, qui ne soit pas un prétexte à la prévalence de critères gestionnaires sur des critères médicaux.

Le point de vue scientifique n'est pas absent des prises de position médicales : si l'approche globaliste, relationnelle et éthique est de nature à rassurer le profane, le citoyen ou l'humaniste, elle se fonde aussi sur une tradition nationale d'éloge de l'artisanat, contre les fourches caudines de la science et de la technologie. Au stade actuel, cette tradition a l'avantage, dans le débat sur l'évaluation, de s'appuyer sur la composante artisanale de la médecine elle-même et sur les balbutiements de l'évaluation médicale, encore dans les limbes. Aussi des médecins peuvent-ils affirmer que l'éthique et la philosophie ont le dernier mot sur ce que peut la médecine dans sa relation aux hommes, mais que la science a vocation à repousser toujours plus loin les limites de sa capacité à maîtriser la nature. Il faut donc défendre l'humanité sans l'empêcher de progresser sur un terrain scientifique.

---

<sup>34</sup> « Tout concept empirique de maladie conserve un rapport au concept axiologique de la maladie. Ce n'est pas par conséquent une méthode objective qui fait qualifier de pathologique un phénomène biologique considéré. C'est toujours la relation à l'individu malade, par l'intermédiaire de la clinique, qui justifie la qualification de pathologique. Tout en admettant l'importance des méthodes objectives d'observation et d'analyse dans la pathologie, il ne semble pas possible que l'on puisse parler, en toute correction logique, de pathologie objective (...). C'est par référence à la polarité dynamique de la vie qu'on peut qualifier de normaux des types ou des fonctions. S'il existe des normes biologiques c'est parce que la vie, étant non pas seulement soumission au milieu mais institution de son milieu propre, pose par là même des valeurs non seulement dans le milieu mais aussi dans l'organisme même. C'est ce que nous appelons la normativité biologique » - Canguilhem, 1972, conclusion.

## L'entre-deux de l'évaluation

Les médecins mettent en lumière la difficile question des frontières entre science et éthique, méthodes quantitative et qualitative. Où passe la barre entre l'évaluation quantitative et où commence la singularité individuelle non quantifiable ? Sans nécessairement inciter au relativisme, ces questions renvoient à des jeux d'acteurs aux positionnements complexes, l'argumentation entrant aussi au service d'intérêts multiples et contradictoires. S'agissant de l'évaluation des pratiques en médecine générale, des praticiens rattachés à l'ANAES font état des jeux d'influence d'acteurs médicaux ayant pesé sur l'avancement de l'évaluation, ainsi que les initiatives personnelles, la dimension locale, le recours à diverses méthodes... Les effets pratiques semblent plus positifs dans certains cas, comme les résultats de l'audit en médecine générale, que dans la mise en œuvre et l'impact de l'ensemble des recommandations médicales, qui restent variables et à démontrer, contrairement aux pays anglo-saxons où les démonstrations sont plus avancées (Matillon et Durieux, 2000). La qualité est portée par des individus et ne saurait se résumer à des procédures, si rationnelles soient-elles. Néanmoins, elle ne se résume pas non plus à des individus, pas plus qu'à des positions professionnelles. La plupart des personnes interrogées oscillent dans leur opinion entre deux versants scientifique et éthique, tout l'intérêt étant de situer la limite à partir de laquelle la position devient intenable. Et c'est peut-être précisément parce que la limite est floue que les médecins peuvent être tentés, à la fois, de la franchir facilement, portés par leur tempérament, leur expérience et leurs convictions d'école, et au contraire d'y être particulièrement attentif pour éviter de jouer les apprentis sorciers avec la santé des autres.

Autre position sociale, autres considérations : le personnel paramédical considère l'évaluation comme un processus

collectif de type participatif. D'une part, les collectifs infirmiers rencontrent davantage d'obstacles au niveau de leur disponibilité que des désaccords de fond sur la participation à l'évaluation, qui globalement leur procure davantage de légitimité professionnelle au sein de l'organisation hospitalière. D'autre part, leur contribution permet d'éclairer les liens possibles entre objectivation quantitative et implication personnelle : c'est en effet pour définir des normes objectives que les soignants et aide-soignants s'impliquent collectivement et personnellement. Leur niveau de conscience des problèmes s'accroît en même temps que leur légitimité interne, les relations transversales et interprofessionnelles sont facilitées ainsi que le fonctionnement de l'organisation. « Tout baigne », en quelque sorte, ce qui ne laisse pas d'irriter le sens critique : se peut-il que tout le monde soit d'accord ? N'y a-t-il pas là un subterfuge, où les participants n'ont fait qu'intérioriser les volontés de la direction ? Il y a là sans doute un aspect culturel : en France, critique et prise de conscience vont de pair, au contraire d'une certaine tradition américaine où démocratie et conformisme (teinté de religiosité) font bon ménage<sup>35</sup>. En l'espèce, nous ne pouvons exclure ni la légitimation des réformes venues dans haut<sup>36</sup>, ni le bénéfice tiré par ceux d'en bas, pour autant que les conditions de collaboration initiales permettent une participation réussie – ce qui est loin d'être toujours le cas, puisque la forte collaboration collective renvoie à un type « communautaire » loin d'être omniprésent à l'hôpital. Les personnels peuvent améliorer leur conscience des problèmes organisationnels, sans que l'on puisse rien dire de leur conscience citoyenne, ni de leur « politisation » ou de leur « réflexivité ».

<sup>35</sup> Le contexte culturel national est d'ailleurs une dimension essentielle de l'évaluation (Barbier, 2000).

<sup>36</sup> La démarche qualité dite de « l'amélioration continue de la qualité », utilisée notamment dans l'accréditation des établissements, suppose particulièrement l'implication des professionnels dans son analyse comme condition d'acceptabilité des améliorations – Terra, Erbault et Maguerez, 2000.

Ainsi, pour l'ensemble des soignants, médicaux et paramédicaux, l'évaluation apparaît bien comme un entre deux, au milieu de préoccupations d'efficacité scientifique, technologique et organisationnelle d'un côté, de préoccupations éthiques et sociales de l'autre. A ce titre, l'enjeu de l'évaluation renvoie à celui de la définition de la pratique médicale, de ses acteurs, de ses frontières et de sa signification.

## BIBLIOGRAPHIE SUCCINTE SUR LES DEMARCHES QUALITE

### Ouvrages et articles

Adam, P. et Herzlich, Cl. (1994), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Nathan Université, Paris.

Arliaud, M., Robelet, M. (2000), « Réformes du système de santé et devenir du corps médical », *Sociologie du Travail*, 32, 1/2000.

Arnaud, S. et Boudeville N.(2004), *Evaluer des politiques et programmes publics*, Préface de Nicolas Sarkozy, Editions de la Performance.

Barbier, J-C. (2000), « A propos de trois critères de qualité des évaluations : le modèle, la réponse aux attentes, l'intérêt général », Séminaire IDEA, ISFOL.

Boix, A-M. (2003), *L'accréditation hospitalière – Quel impact sur la culture et le management des établissements de santé ?*, L'Harmattan, Paris.

Canguilhem, G. (1972), *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, Galien.

Dejours, C. (2003), *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation*, INRA Editions, Sciences en questions.

De Terssac, G. (1992), *Autonomie dans le travail*, PUF-Sociologie d'aujourd'hui, Paris.

Dodier, N. (1995), *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié, 1995.

Dubar, Cl., Tripiet, P. (1998), *Sociologie des professions*, Armand Colin, Paris.

Gadrey, J. et Delaunay, JC. (1987), *Les enjeux de la société de service*, PFNSP, Paris.

Honneth, A. (2000), *La lutte pour la reconnaissance*, Cerf, Passages, Paris.

Kuty, O. (1994), *Innover à l'hôpital – Analyse sociologique d'une unité de dialyse rénale*, L'Harmattan – Santé et sciences humaines, Paris.

Matillon Y., Durieux P. (2000), *L'évaluation médicale. Du concept à la pratique*, Flammarion, Médecine-Science.

Mispelblom, F. (1995), *Au-delà de la qualité – Démarches qualité, conditions de travail et politiques du bonheur*, Syros-Alternatives sociologiques, Paris.

Moison J-C. et alii (2000), *La régulation du système hospitalier*, Tome 2 : *La démarche gestionnaire à l'hôpital, le PMSI*, Seli Arslan, Paris.

Sainsaulieu, I. (2003), *Le malaise des soignants. Le travail sous pression à l'hôpital*, Paris, L'Harmattan, Logiques Sociales.

Sainsaulieu R., dir. (1995), Francfort I, Osty F., Uhalde M., *Les mondes sociaux de l'entreprise*, Desclée de Brouwer, Sociologie Economique.

Segrestin, D. (1996), *Sociologie de l'entreprise*, Armand Colin – « U », Paris.

Setbon, M. (2002), « La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective », *Sociologie du Travail*, vol XXXII, 1/2000, page 65.

Stuedler, F. « Le PMSI. Un enjeu hospitalier », *Prospectives Santé*, 37 (37-43).

Terra, J-L, Erbault, M., Maguerez, G. (2000), « L'amélioration de la qualité en établissement de santé et évaluation du changement induit », in Matillon et Durieux (*cf supra*).

## Rapports

Branciard, A. et Mosse, P. (1994), *Hôpital-Innovations-Professions, Recherches réalisées dans le cadre du programme Paroles II*, LEST-CNRS, Aix en Provence.

Collectif ANAES, *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*, ANAES, Paris.

François, P. (2002), *Implantation de la gestion de la qualité dans les hôpitaux français*, ANAES, Paris.

Gallienne, G. et Sainsaulieu, I. (2002), « Le monde social de la clinique », *Regards de la Fédération des Hôpitaux Privés*, n°9.

Gallienne, G. et Sainsaulieu, I. (2003), « Les mondes sociaux de l'hôpital », *Information sur les ressources humaines à l'hôpital*, n°24, DHOS, Ministère de la Santé.

Gorgeu A., Mathieu R. (2000), *Les exigences de la qualité et du juste à temps, le cas de la filière automobile*, séminaire sur l'intensification du travail, CEE-CEPREMAP-LATS, Paris, CEE-CNRS.

IMAGO Etudes Conseil (2002), *Enquête auprès des établissements de santé, sur la démarche qualité et la procédure d'accréditation*, ANAES, Paris.

Sainsaulieu, I. (2001), *La modernisation sociale des hôpitaux*, AP-HP/DHOS/CNRS.