

## La régulation de la qualité dans le secteur de la santé

Elina Weckert et Hugo Bertillot

---



### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/quaderni/832>

DOI : 10.4000/quaderni.832

ISSN : 2105-2956

### Éditeur

Les éditions de la Maison des sciences de l'Homme

### Édition imprimée

Date de publication : 5 octobre 2014

Pagination : 39-52

### Référence électronique

Elina Weckert et Hugo Bertillot, « La régulation de la qualité dans le secteur de la santé », *Quaderni* [En ligne], 85 | Automne 2014, mis en ligne le 05 octobre 2016, consulté le 20 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/quaderni/832> ; DOI : 10.4000/quaderni.832

---

Ce document a été généré automatiquement le 20 avril 2019.

Tous droits réservés

---

# La régulation de la qualité dans le secteur de la santé

Elina Weckert et Hugo Bertillot

---

## L'introduction d'indicateurs de qualité dans les systèmes de soins : la fin de l'autocontrôle de la profession médicale ?

- 1 Au cours des deux dernières décennies, l'évaluation de la qualité des soins a gagné en importance. Cette évolution a remis en question une des principales revendications des médecins – l'autonomie professionnelle. Cet article s'intéresse à l'effet de l'introduction des instruments d'évaluation de la qualité des soins sur l'autonomie professionnelle des médecins. Cette dynamique sera analysée à travers le cas des indicateurs de qualité, déployés au tournant des années 2000 dans les systèmes hospitaliers en Allemagne et en France.
- 2 L'autonomie professionnelle des médecins et les privilèges associés à ce statut ont fait, depuis plus d'un demi-siècle, l'objet d'analyses en sciences sociales. Selon Eliot Freidson, la source principale de l'autonomie professionnelle des médecins réside dans le contrôle de l'aspect technologique du travail (Freidson 1984). À sa suite, Patrick Hassenteufel précise que « *la nature du savoir médical et le haut degré de compétence requis, sanctionné par la très longue durée des études* » représentent des obstacles importants pour l'avènement des deux formes dominantes du contrôle social dans les sociétés industrielles développées : le contrôle bureaucratique et le contrôle par le consommateur (Hassenteufel 1997 : 29). L'autonomie professionnelle des médecins s'appuie également sur la fonction sociale de la médecine : en tant que représentant d'une profession fortement orientée vers la collectivité, le médecin est censé placer le bien-être du malade au-dessus de ses intérêts personnels. Cette orientation altruiste de la pratique professionnelle est un puissant instrument de légitimation du pouvoir médical et de l'autocontrôle de la profession (Hassenteufel 1997 : 29).

- 3 Pourtant, l'autonomie professionnelle, loin d'être acquise une fois pour toutes, est soumise à des négociations permanentes avec l'État et les pouvoirs économiques. Dans ce contexte, les autorités aussi bien que les patients doivent être persuadés de la compétence des praticiens et de la valeur du savoir médical (Freidson 1984). Cela signifie que l'autonomie professionnelle aussi bien que les formes d'autocontrôle qui y sont associées peuvent varier dans le temps et dans l'espace. Au cours du XX<sup>e</sup> siècle, l'autocontrôle de la profession médicale s'est effectué surtout par les outils de la médecine clinique comme le diplôme, la référence à la méthode clinique, la confiance interpersonnelle et l'éthique professionnelle (Robelet 2002 : 32). Ils ont remplacé progressivement, depuis le XIX<sup>e</sup> siècle, les principes antiques de l'« art de guérison » reposant sur le serment d'Hippocrate. Dans la mesure où ils laissent beaucoup de place à la « virtuosité du clinicien », ces outils ne se sont néanmoins pas opposés à l'idée antique de l'art de guérison. La seule sanction pour une prestation de mauvaise qualité de la part du médecin était une mauvaise réputation ou éventuellement des sanctions à travers les institutions professionnelles (Robelet 2002 : 44-45).
- 4 Si les outils de la médecine clinique ont été adoptés aussi bien en Allemagne qu'en France, les institutions de gouvernance du secteur de la santé diffèrent considérablement dans ces deux pays. La gouvernance du secteur de la santé en Allemagne est traditionnellement effectuée par l'auto-administration des professions de santé et des caisses d'assurance maladie (Gerlinger et Schmucker 2009 : 3). Les médecins y ont occupé pendant longtemps une position dominante. En France, les interventions étatiques dans le système de santé ont été, en général, beaucoup plus directes (Hassenteufel, 2003).
- 5 Cet article repose aussi bien sur une analyse qualitative des travaux sur les indicateurs de qualité publiés dans les deux pays comparés que sur des entretiens réalisés avec les experts<sup>1</sup>. Dans la première partie de cet article, nous allons retracer les évolutions qui ont mené à une remise en question de l'autocontrôle professionnel. Nous décrirons ensuite les principaux acteurs impliqués dans l'élaboration des indicateurs de qualité et leurs rattachements institutionnels dans les deux pays. Dans une dernière partie, nous présenterons les indicateurs de qualité et leurs usages – très différents en Allemagne et en France – pour en déduire l'effet sur l'autonomie professionnelle des médecins.

## Les origines des indicateurs de qualité en Allemagne et en France

- 6 La remise en question de l'autonomie professionnelle est loin d'être nouvelle. Tout au long de la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, les méthodes de la médecine clinique ont été progressivement remises en question. Non sans tensions, de nouvelles approches de la médecine se sont imposées, mobilisant les mathématiques et promouvant une normalisation des pratiques au service d'une nouvelle « médecine des preuves » (Timmermans et Berg 2003) dont les essais thérapeutiques constituent un exemple parlant (Dodier et Barbot, 2000). Dans le même temps, on a assisté à une fragilisation des facteurs fondamentaux légitimant l'autocontrôle de la profession médicale : la confiance entre patients et médecins et la conviction d'une orientation purement altruiste des actes effectués par ces derniers (Barbot et Dodier, 2000). Cette remise en question de l'autonomie professionnelle est également loin d'être univoque : la normalisation des pratiques médicales est susceptible de constituer une « ressource » que certains

professionnels sont en mesure de s'approprier (Castel et Merle, 2002). Loin de postuler cette remise en question de l'autonomie, il est donc pertinent de l'interroger à la lumière de l'émergence des dispositifs de mesure de la qualité.

- 7 Les premières tentatives pour mesurer la qualité des soins peuvent être associées à cette évolution de la médecine clinique vers la médecine des preuves. En France, il faut mentionner dans ce contexte les études sur la périnatalité réalisées par Émile Papiernik au cours des années 1960 et 1970 ; en Allemagne, c'est l'étude sur la périnatalité de Hans-Konrad Selbmann réalisée entre 1975 et 1977 à Munich. C'est de ce projet qu'a résulté la « Perinatalerhebung » en RFA<sup>2</sup>. Un autre projet précurseur était la comparaison des taux de complications pour les appendicectomies, les hernies inguinales et les cholécystectomies entre les départements chirurgicaux des différents hôpitaux hambourgeois en 1987/1988 autour de Christoph Veit. Ce dernier allait devenir plus tard le directeur de la centrale fédérale pour l'amélioration de la qualité des soins *Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung BQS*. Toutes ces initiatives ont été entreprises par les médecins et s'adressaient à la profession médicale dans une logique de participation volontaire<sup>3</sup>. Elles n'ont toutefois pas connu le même destin : si, en Allemagne, ces projets sont à l'origine des indicateurs utilisés aujourd'hui pour mesurer la qualité hospitalière, les études sur la périnatalité en France sont déconnectées des indicateurs généralisés dans les années 2000.
- 8 En deuxième lieu, la volonté de mesurer la qualité est à mettre en rapport avec une série d'événements qui ont sérieusement ébranlé la confiance entre patients, médecins et gestionnaires du système de santé. Le scandale du sang contaminé par le VIH a frappé tous les systèmes de santé développés (Steffen 2004). Cette « crise de confiance » est néanmoins particulièrement marquée en France<sup>4</sup>, où les pouvoirs publics et les professionnels de la médecine font face, à la fin des années 1990, à l'affaire de la Clinique du sport<sup>5</sup>, au militantisme d'une association de défense des victimes d'infections nosocomiales (Le lien) créée à cette occasion, et à la publication des premiers « palmarès hospitaliers » dans la presse (Pierru 2004 ; Ponet 2005). Ces acteurs hétéroclites sollicitent fortement les responsables politiques et administratifs, qui se voient obligés, pour « éviter le blâme » (Weaver, 1986), d'initier une démarche d'État pour évaluer la qualité hospitalière. En cohérence avec la longue tradition d'interventions étatiques dans le système de soins français, la crise n'a ainsi pas seulement touché les médecins mais aussi les responsables politiques et administratifs.
- 9 La forme prise par cette crise de confiance diffère en Allemagne, où la responsabilité du scandale du sang contaminé a été beaucoup moins attribuée aux acteurs politiques qu'aux institutions du système de santé elles-mêmes. Si des classements comparables aux listes des hôpitaux dans les médias français ont été publiés par le magazine « Der Focus »<sup>6</sup>, ils n'ont néanmoins pas eu beaucoup d'influence sur le développement des indicateurs qualité officiels.
- 10 Avant que l'évaluation des hôpitaux à travers des indicateurs qualité devienne obligatoire en France et en Allemagne, il a fallu attendre les réformes de la rémunération des prestations hospitalières. Avec les nouveaux systèmes de rémunération, les gouvernements dans les deux pays ont souhaité créer plus de transparence et baisser les coûts dans le secteur hospitalier grâce à un raccourcissement de la durée moyenne des séjours.

- 11 En Allemagne, la réforme de la rémunération hospitalière a été décidée par le gouvernement Schröder dans le cadre de la réforme du système de santé en 2000. Le nouveau § 17b de la loi portant sur la rémunération hospitalière *Krankenhausfinanzierungsgesetz* prévoyait l'introduction d'un système de rémunération entièrement basée sur des DRG à partir du 1er janvier 2003. Après une prolongation de la phase d'adaptation, le nouveau mode de rémunération est devenu obligatoire pour tous les hôpitaux à partir de 2004 (SVR 2000/2001 : 86). Les débuts de l'utilisation des groupes homogènes de malades (GHM) et des groupes homogènes de séjour (GHS) en France se sont faits en lien avec l'introduction du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) dans les hôpitaux en 1982 (Pierru 1999 : 15). Mais ce n'est qu'avec le plan Hôpital 2007 décidé en 2004 que les GHM et GHS sont devenus la base de la tarification à l'activité (T2A). En 2007, la partie des prestations rémunérées par la T2A sont montées à 50 %. Depuis 2008, 100 % des prestations sont rémunérées à travers ce nouveau système<sup>7</sup>.
- 12 Les gouvernements en Allemagne et en France étaient conscients que ce nouveau mode de rémunération portait des incitations pour les hôpitaux à prendre des décisions économiques au détriment des intérêts des patients. Pour cette raison, ils ont considérés qu'il était nécessaire de « prendre des mesures » pour garantir la qualité des prestations hospitalières. Les indicateurs qualité sont apparus comme un moyen adéquat de le faire<sup>8</sup>.

## Une institutionnalisation des indicateurs fortement marquée par les contextes nationaux

- 13 En Allemagne et en France, les travaux portant sur l'évaluation des prestations médicales à travers les indicateurs qualité ont d'abord pris la forme de « projets ». Dans les deux pays, les principaux projets ont bénéficié d'une institutionnalisation rapide, ou ont été rattachés aux institutions déjà existantes. Les traditions de gouvernance des systèmes de santé spécifiques à chaque pays ont fortement influencé la forme prise par l'institutionnalisation de ces projets.
- 14 En France, les indicateurs de qualité ont été développés sous l'égide des différentes composantes de l'État. Leur institutionnalisation a été fortement structurée par la création d'agences influencées par les doctrines du New Public Management anglo-saxon (Benamouzig et Besancon 2005 : 288). Située à l'interface de l'administration et de la profession médicale (Robelet, 2002), c'est surtout l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) qui devient progressivement un acteur crucial pour l'évaluation de la qualité des soins. Suite aux réformes prévues par le plan Juppé, l'ANDEM a été transformée en 1997 en Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), signe de son renforcement et de sa professionnalisation. Avec la réforme Douste-Blazy, l'agence a pris en 2004 la forme d'une autorité publique indépendante à caractère scientifique : la Haute Autorité de santé (HAS<sup>9</sup>). Cette nouvelle forme d'organisation, si elle a renforcé à nouveau l'institution qui a gagné en autonomie<sup>10</sup>, a également fait évoluer son positionnement vers une forme de régulation externe plus distante de l'autocontrôle professionnel. C'est dans ce contexte institutionnel particulier que les indicateurs pour mesurer la qualité hospitalière émergent en France. D'une part le ministère de la Santé a été contraint très rapidement à s'emparer du thème « régalién » de la sécurité des soins. D'autre part, la Haute Autorité de santé a décidé en 2006, après

quelques hésitations, de participer pleinement à la généralisation des indicateurs de qualité et d'en équiper sa procédure de certification des établissements de santé. À partir de 2003, c'est sous la forme d'un projet de recherche intitulé COMPAQH<sup>11</sup> que les institutions publiques ont financé, avec une certaine prudence, le développement d'indicateurs d'État jugés « validés » et « acceptables » par les professionnels. Sont ainsi construits cinq indicateurs réunis au sein d'un « tableau de bord des infections nosocomiales » diffusé par le ministère de la Santé à partir de 2006, et sept indicateurs permettant d'évaluer la « qualité du dossier patient » diffusés par la Haute Autorité de santé à partir de 2008. L'institutionnalisation des indicateurs atteint un point de non-retour en 2010, avec l'inscription dans le premier décret d'application de la loi Hôpital Patients et Territoires (HPST) de l'obligation pour les établissements de santé de rendre publiques leurs résultats aux indicateurs de qualité.

- 15 En Allemagne, l'institutionnalisation des indicateurs de qualité a davantage été le fait des représentants de la profession médicale. Sous la coalition de CDU/CSU et FDP, au pouvoir jusqu'en 1998, la responsabilité des médecins pour la qualité des soins a été maintenue et même renforcée dans les réformes Seehofer. À partir de 1995, on observe une multitude d'institutions et de projets créés par l'auto-administration des professions de santé et des caisses d'assurance maladie. Les institutions de l'auto-administration des médecins y jouent le rôle le plus important. La BQS, portée par les différentes institutions de l'auto-administration sous une forte dominance des médecins, est néanmoins devenue l'institution centrale pour la production des indicateurs de qualité en Allemagne. Cette institution est issue du projet comparatif des départements chirurgicaux à Hambourg. Suite à la première obligation d'établir des mesures pour améliorer la qualité des soins fixée en 1989 par la loi au code social SGB V, l'ordre régional des médecins (*Landesärztekammer*), l'association régionale des hôpitaux (*Landeskrankenhausgesellschaft*) et les caisses d'assurance maladie à Hambourg ont décidé d'avoir recours à des projets déjà existants. C'est dans ce contexte qu'est choisi le projet des chirurgiens hambourgeois. Il a fait, avec la création du groupe de travail *Arbeitsgemeinschaft externe Qualitätssicherung QS Hamburg*, un premier pas vers une institutionnalisation. Cette idée est reprise par quatre autres *länder* dont le Mecklembourg-Poméranie-Occidentale et la Rhénanie-Palatinat. Avec l'obligation d'avoir une gestion de la qualité liée à la rémunération à la capitation et les rémunérations exceptionnelles inscrite dans le SGB V à partir de 1996, l'institution a considérablement gagné en importance. Les comparaisons sont maintenant introduites au niveau fédéral. L'étape suivante a été la mise en place de la *Servicestelle Qualitätssicherung (SQS)*. Elle a été remplacée par la *Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS)* à partir de 2001, dont le conseil d'administration a été placé sous la tutelle du comité fédéral commun (*Gemeinsamer Bundesausschuss, G-BA*) qui est la plus haute institution de l'auto-administration. Avec la fondation de la BQS, la comparaison à travers les indicateurs de qualité devient un instrument d'amélioration de la qualité obligatoire pour les hôpitaux dans tous les *länder*<sup>12</sup>.
- 16 La réforme de santé en 2007 a introduit l'obligation de mettre en place une amélioration de la qualité intersectorielle. De plus, dans un mouvement général vers la création d'institutions du *New Public Management*<sup>13</sup>, commencé sous le gouvernement Schröder, le G-BA est obligé dans l'article 137 SGB V par le législateur de confier l'évaluation externe obligatoire des hôpitaux à une institution indépendante. Cette institution devait être chargée de développer des méthodes pour l'évaluation externe de la qualité hospitalière comprenant la comparaison des différents établissements et de continuer de cette façon

le travail de la BQS. À partir de 2009, l'institut privé AQUA a repris l'évaluation externe obligatoire des hôpitaux<sup>14</sup>.

- 17 Ce contraste dans l'institutionnalisation des indicateurs, entre la France marquée par le rôle central de l'État, et l'Allemagne marquée par la position dominante des représentants de la profession médicale, se retrouve également dans la composition du corpus de publications liées aux indicateurs de qualité. Les travaux au sujet des indicateurs en France sont pour l'essentiel publiés par des médecins en santé publique ou des chercheurs en gestion proches des institutions publiques. Les premiers travaux de ce corpus ont notamment été publiés sous l'égide de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé, ou sous la forme de rapports administratifs<sup>15</sup>. Les acteurs du ministère ou de la Haute Autorité de Santé ont également directement publié un certain nombre de travaux liés aux indicateurs. La situation diffère considérablement dans le cas du corpus allemand. Une grande partie des experts allemands qui ont participé à l'élaboration des indicateurs qualité au sein de différentes institutions étaient des médecins. La plupart d'entre eux ont également fait des études complémentaires de *Public Health* et ne sont plus en exercice clinique ou ne l'ont jamais exercé. Il s'agit plutôt des médecins qui se sont engagés dans la recherche, soit dans des institutions scientifiques, soit dans les institutions de l'auto-administration. À ce savoir strictement médical se sont joints des acteurs qui ont apporté une expertise en biologie humaine, en épidémiologie, en mathématiques et en sociologie médicale<sup>16</sup> (Manual Qualitätsindikatoren 2009). Les économistes n'ont pas été intégrés dans l'équipe de recherche. Face aux contradictions qu'apportent les contraintes économiques au code de déontologie des médecins, il a clairement été décidé de privilégier ce dernier, et de formuler des indicateurs qualité basés sur un traitement idéal du point de vue strictement médical<sup>17</sup>. L'institut AQUA qui a repris l'évaluation externe des hôpitaux à partir de 2009 est un institut de recherche privé. L'équipe de l'institut AQUA est également multidisciplinaire. Elle est composée de chercheurs en sciences sociales, de médecins, d'experts pour les soins infirmiers, d'experts en *Public Health* et de juristes<sup>18</sup>.

## Les usages différenciés des indicateurs de qualité en France et en Allemagne

- 18 En France et en Allemagne, les premiers travaux scientifiques sur les indicateurs de qualité pour l'évaluation externe obligatoire des hôpitaux ont été fortement inspirés par les travaux anglo-saxons. Par conséquent, la définition des indicateurs, les systèmes de classification, les méthodes pour leur élaboration et les critères pour évaluer la qualité des indicateurs qualité eux-mêmes, se sont d'abord ressemblés dans les deux pays.
- 19 Mais après une courte phase de transfert de savoirs des pays anglo-saxons autour de l'an 2000, il y a eu une adaptation rapide de l'élaboration des indicateurs qualité aux systèmes de la santé des pays destinataires et à leurs institutions. À partir de ce moment, plusieurs facteurs ont provoqué des développements assez différents dans les deux pays, aussi bien au niveau des objectifs et du choix des types d'indicateurs qu'au niveau de leurs usages.
- 20 Les origines partiellement différentes des indicateurs de qualité en France et en Allemagne ont mené à des objectifs bien distincts poursuivis avec les indicateurs dans les deux pays. La sécurité des patients et la transparence jouent un rôle très important en

- France. En Allemagne, les indicateurs ont plutôt pour objectif de mesurer si les pratiques des médecins correspondent à l'état de l'art dans leur domaine (Geraedts et al. 2005 : 329).
- 21 Par ailleurs, le rattachement institutionnel suivant les traditions de gouvernance existantes dans chacun des deux systèmes de la santé et la composition divergente des équipes impliquées dans l'élaboration des indicateurs ont influencé le choix des types d'indicateurs utilisés. Par conséquent, les indicateurs français et les indicateurs allemands mesurent des aspects différents de la qualité des soins. En Allemagne, les indicateurs pour l'évaluation externe obligatoire des hôpitaux sont axés sur la qualité de la démarche diagnostique et thérapeutique dans le sens d'une application des recommandations de bonne pratique<sup>19</sup>. Les indicateurs qualité obligatoires pour les hôpitaux français mettent l'accent sur la sécurité des patients (DHOS et DGS, 2009) ou sur la traçabilité des informations contenues dans le dossier patient, permettant d'évaluer la coordination des soins.
  - 22 Les indicateurs qualité allemands élaborés par la BQS se concentrent sur les pratiques des soins dans certaines spécialités. La BQS a d'abord effectué en 2001 des analyses et des évaluations pour dix domaines de soins. Ils ont ensuite été étendus, jusqu'en 2008, à 26 domaines soumis à une évaluation obligatoire et 12 domaines bénéficiant d'une évaluation volontaire. Pour les domaines soumis à une évaluation obligatoire, comme par exemple la chirurgie cardiaque et la gynécologie-obstétrique, 206 indicateurs qualité étaient en usage en 2008. Les indicateurs eux-mêmes mesurent des critères strictement médicaux<sup>20</sup>. Après le transfert de l'évaluation externe obligatoire des hôpitaux de la BQS à AQUA en 2009, il n'y a pas eu de changement majeur au niveau des indicateurs utilisés (AQUA-Qualitätsreport 2009).
  - 23 En France, 12 indicateurs qualité obligatoires sont issus du projet COMPAQH. Parmi eux se trouvent cinq indicateurs destinés à la lutte contre les infections nosocomiales. Les sept autres indicateurs portent pour l'essentiel sur des aspects « administratifs » (comme la tenue du dossier du patient ou encore la conformité du délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation), permettant d'évaluer les « processus » et la coordination de la prise en charge plutôt que ses résultats, même si certains de ces indicateurs abordent des aspects plus directement médicaux, comme la prise en charge de l'infarctus du myocarde après la phase aigüe telle qu'elle peut être tracée dans le dossier patient (COMPAQH, 2006).
  - 24 Les indicateurs qualité de la BQS et d'AQUA en Allemagne sont surtout destinés à une utilisation interne pour les hôpitaux et s'adressent à la profession médicale. En cas de mauvais résultats pour certains indicateurs à plusieurs reprises, les institutions chargées de l'évaluation prévoient un dialogue structuré avec les établissements en question. Seulement une partie des indicateurs sont prévus pour une publication dans le rapport de qualité des hôpitaux. Il s'agit surtout des indicateurs de structure.
  - 25 Les indicateurs qualité obligatoires pour les hôpitaux en France sont publiés sur le site Internet du ministère de la Santé<sup>21</sup>. Sous une forme qui se veut facilement compréhensible, ils s'adressent à la fois aux patients, aux professionnels de la santé et aux institutions de gouvernance du système de santé français.

## Conclusion

- 26 Dans la première partie de cet article, on a constaté qu'au XX<sup>e</sup> siècle, l'autocontrôle des médecins sur leurs pratiques a reposé sur les outils de la médecine clinique. Il était alors



légitimé par la confiance mutuelle entre le médecin et ses patients ainsi que par l'orientation altruiste de la profession médicale. Vers la fin du XX<sup>e</sup> siècle, non seulement les méthodes de la médecine clinique ont été remplacées lentement par la médecine des preuves, mais les deux facteurs légitimant l'autocontrôle de la profession médicale ont également été soumis à une érosion.

- 27 Les indicateurs de qualité représentent une évolution majeure des outils de régulation de la qualité vers les méthodes de la médecine des preuves, c'est-à-dire vers des approches plus mathématiques et standardisées. Pour autant, peut-on affirmer que ces indicateurs contribuent à un recul de l'autonomie professionnelle ? En ce qui concerne la France, plusieurs éléments nous incitent à apporter une réponse nuancée à cette question. Certes, le fait de devoir « rendre des comptes » par le biais de ces indicateurs obligatoires peut signifier une perte d'autonomie professionnelle pour les médecins, obligés d'accepter des formes de regard extérieur sur leur travail. Toutefois, les indicateurs utilisés par les pouvoirs publics ont été construits dans un souci de consensus avec la profession médicale, d'ouverture vis-à-vis des usages possibles de ces mesures de la qualité, et de prudence dans l'évaluation, qui évite soigneusement de mesurer le cœur des pratiques médicales et la qualité des « résultats » du soin, par exemple en termes de mortalité des patients. L'effet du déploiement de ces indicateurs sur l'autonomie professionnelle ne peut être clarifié qu'à la lumière d'une enquête complémentaire à l'échelle des établissements de santé, seule à même de saisir le degré d'enracinement des indicateurs dans les organisations et les pratiques hospitalières.
- 28 En Allemagne, pendant longtemps, on ne pouvait pas parler d'une perte d'autonomie professionnelle des médecins causée par la mise en place des indicateurs. En raison de la position dominante des médecins au niveau de l'élaboration des indicateurs et suite à l'absence d'une obligation de publier tous les indicateurs, leur utilisation pouvait être interprétée comme une évaluation par les pairs. En revanche, le passage, de l'évaluation externe obligatoire de la qualité des hôpitaux de la BQS à l'institut privé AQUA en 2009, peut être interprété comme une certaine perte d'autonomie professionnelle suite au transfert du contrôle des pratiques à une institution plus indépendante de la profession médicale. En conséquence de l'absence de réelles sanctions en cas de mauvais résultats, cette perte d'autonomie reste très modérée. Les projets marquées dans le contrat de coalition signé entre le CDU/CSU et le SPD pour la formation du nouveau gouvernement fédéral fin 2013 laissent néanmoins attendre un durcissement de cet outil par l'introduction du paiement à la performance. Encore floue actuellement, cette évolution et son impact sur les pratiques des professionnels représentent certainement un champ de recherche important dans les années à venir.

---

## BIBLIOGRAPHIE

AQUA - Institut : *Qualitätsreport* 2009.

BARBOT, J., & DODIER, N. : « L'émergence d'un tiers public dans la relation malade-médecin. L'exemple de l'épidémie à VIH ». *Sciences sociales et santé*, 18(1), 2000, pp. 75-119

- BENAMOUZIG, D., & BESANCON, J. : « Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France ». *Sociologie du Travail*, 47(3), 2005, pp. 301-322.
- BERTILLOT, H. : *Le déploiement d'indicateurs de qualité à l'hôpital* (titre temporaire), thèse de doctorat en cours à l'Institut d'Études Politiques de Paris (Centre de sociologie des organisations), (à paraître).
- COMPAQH. : *Rapport final 2003-2006*, 2006.
- CORRIOL, C., GRENIER, C., COUDERT, C., DAUCOURT, V., & MINVIELLE, E. : COMPAQH : « Recherches sur le développement des indicateurs qualité hospitaliers ». *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 56(4), 2008, S179-S188.
- DHOS, & DGS. : *Tableau de bord des infections nosocomiales, résultats nationaux 2008, 2009*, pp. 1-23.
- DODIER, N., & Barbot, J. « Le temps des tensions épistémiques : le développement des essais thérapeutiques dans le cadre du sida (1982-1996) ». *Revue française de sociologie*, 41(1), 2000, pp. 79-118.
- FILLION, E. : *À l'épreuve du sang contaminé. Pour une sociologie des affaires médicales*, p. 328. Paris : Éditions de l'EHESS, 2009.
- FREIDSON, E. : *La profession médicale*. Paris : Payot, 1984.
- GERAEDTS, M. ; JÄCKEL, W. ; THOMECEK, C. ; ALTENHOFEN, L. ; BIRKNER, B. ; BLUMENSTOCK, G. ; GIBIS, B. ; KOPP, I. ; KUGLER, C. ; OLLENSCHLÄGER, G. ; RASPE, H. ; REITER, A. ; SZECSENYI, J. ; ZORN, U. : *Qualitätsindikatoren in Deutschland*. Positionspapier des Expertenkreises Qualitätsindikatoren beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Berlin, 2005.
- GERLINGER, T.; SCHMUCKER, R.: *A Long Farewell to the Bismarck System: Incremental Change in the German Health Insurance System*, In: German Policy Studies, vol. 5, n° . 1, 2009, S. 3-20.
- HASSENTEUFEL, P. : *Le premier septennat du plan Juppé : un non-changement décisif*, In : Kervasdoué de, J. (dir.) *Carnet de santé de la France*, Paris, Dunod, 2003, pp. 121-147.
- HASSENTEUFEL, P. : *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne*. Paris : Presses de Sciences Po, 1997.
- LOMBRAIL, P., NAIDITCH, M., BAUBEAU, D., Cuneo, P., & Carlet, J. : « Les éléments de la performance hospitalière, les conditions d'une comparaison ». *Études et Résultats*, 42, 1999, pp. 1-8.
- MINVIELLE, E. : « De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé ». *Revue française de gestion*, 5(146), 2003, pp. 167-189.
- PIERRU, F. : « L'hôpital-entreprise, une self-fulfilling prophecy avortée ». *Politix*, (46), 1999, pp. 7-47.
- PIERRU, F. : « La Fabrique des palmarès. Genèse d'un secteur d'action publique et renouvellement d'un genre journalistique : les palmarès hospitaliers ». In *La Presse écrite : objets délaissés*, L'Harmattan, 2004, pp. 247-270). Paris : Legrave, J-B (dir).
- PONET, P. : « La guerre des mondes : de quelques rapports entre univers sociaux différenciés. Le cas des 'palmarès des hôpitaux' ». *Politix*, 4(72), 2005, pp. 125-154.
- ROBELET, M. : *Les figures de la qualité des soins : rationalisation et normalisation dans une économie de la qualité*, Thèse de doctorat de sociologie, Université Aix-Marseille II, Laboratoire d'économie et de sociologie du travail, 2002.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001) : Bedarfsge rechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band I und II (Kurzfassung).

STEFFEN, M. : « Sang contaminé, gestion d'une crise médicale ». In *Dictionnaire de la pensée médicale*, 2004, pp. 998-1005.

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

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

WECKERT, Elina : *L'amélioration de la qualité dans les systèmes de santé européens. Une comparaison franco-allemande*, thèse de doctorat soutenue le 22/10/2013 à la Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main, 2013.

## NOTES

1. Cet article repose sur une thèse de science politique consacrée à l'amélioration de la qualité des soins en France et en Allemagne (Weckert, 2013) et sur une thèse de sociologie étudiant l'essor des indicateurs de qualité en France (Bertillot, à paraître).
2. Entretien avec un représentant d'une *Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (LQS)*.
3. Entretien avec un représentant de la BQS.
4. L'affaire du sang contaminé marque profondément et durablement les institutions sanitaires françaises (Fillion 2009).
5. 58 patients de la Clinique du Sport sont infectés, entre 1988 et 1993, par une bactérie, le *xenopi*. Les responsables et les praticiens de la clinique sont accusés de négligence. L'affaire est fortement médiatisée à partir de 1997.
6. Source : [http://www.focus.de/gesundheits/news/ineigener-sache-tomorrow-focus-und-focus-magazin-uebernehmen-mehrheit-an-jameda\\_aid\\_322717.html](http://www.focus.de/gesundheits/news/ineigener-sache-tomorrow-focus-und-focus-magazin-uebernehmen-mehrheit-an-jameda_aid_322717.html) (consulté le 27.10.2012).
7. Source : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/t2a\\_point\\_etape.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/t2a_point_etape.pdf). (consulté le 11/04/2013).
8. Entretien avec une députée du SPD, entretien avec un représentant de la BQS.
9. La HAS est issue de la fusion de l'ANAES avec d'autres institutions, telles que la commission de la transparence, la commission d'évaluation des produits et prestations et le Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique.
10. Entretien avec un conseiller du cabinet Juppé.
11. COMPAQH signifie « Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière ». Le projet, d'abord né sous l'égide de l'hospitalisation privée, est rapidement soutenu par les dirigeants de l'ANAES et de la direction de l'hospitalisation du ministère de la Santé. Il rassemble l'ensemble des parties prenantes de la régulation hospitalière, dont les représentants des fédérations hospitalières et des sociétés savantes médicales.
12. Entretien avec un représentant de la BQS.
13. L'*Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)* figure également parmi ces nouvelles institutions.
14. Entretien avec une employée de l'institut AQUA, entretien avec un représentant de la BQS.
15. Voir, à titre d'exemple, le dossier intitulé « Les éléments de la performance hospitalière, les conditions d'une comparaison » publié dans la revue *Études et résultats* (Lombrail et al. 1999), ou les différents rapports d'étape du projet COMPAQH. Ces acteurs ont également publié dans des revues de santé publique (Corriol et al., 2008) ou de gestion (Minvielle, 2003).
16. Entretien avec un représentant du G-BA.
17. Entretien avec un représentant de la BQS.
18. Entretien avec une employée de l'institut AQUA.

19. Source : <http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/archiv>. (consulté le 30.07.2011).  
20. Source : <http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/archiv> (consulté le 30/07/201, p. 9).  
21. Ce site peut être consulté à l'adresse suivante : <http://www.platines.sante.gouv.fr/>.
- 

## RÉSUMÉS

Longtemps, la nature des savoirs médicaux et l'organisation de leur profession ont permis aux médecins d'échapper, dans une large mesure, à toute forme de contrôle extérieur. Pourtant, au cours des deux dernières décennies, l'évaluation de la qualité des soins, en s'institutionnalisant, est venue progressivement remettre en question cette autonomie médicale. Au tournant des années 2000, de nombreux pays industrialisés ont franchi une nouvelle étape en ce sens, en introduisant des indicateurs pour évaluer la qualité des pratiques médicales. À partir d'une enquête qualitative permettant de comparer les formes prises par cette dynamique dans deux contextes institutionnels bien différents (Allemagne et France), cet article s'attache à qualifier les ressorts de la diffusion de tels dispositifs d'évaluation, et leurs effets sur l'autonomie professionnelle des médecins.

For a long time, the nature of medical knowledge and the organization of the medical profession have allowed physicians to avoid any form of external control. Yet over the past two decades, the gradual institutionalization of care quality evaluation has come to question the medical autonomy. In the early 2000s, many industrialized countries have taken a new step in this direction by introducing indicators to assess the quality of medical practices in hospitals. Based on a qualitative study, this article aims at comparing the forms of this evolution in two different institutional contexts (Germany and France). By doing so, this article attempts to describe the emergence of these evaluation devices, and to analyse their effects on the professional autonomy of physicians.

## AUTEURS

### ELINA WECKERT

Docteure en science politique  
Université Paris Ouest Nanterre La Défense

### HUGO BERTILLOT

Doctorant en sociologie  
Sciences Po, Centre de sociologie des organisations (CSO)