



HAL
open science

Les conditions de pérennisation de la qualité à l'hôpital : de l'intérêt de la latéralité

Gilles Herreros, Bruno Milly

► **To cite this version:**

Gilles Herreros, Bruno Milly. Les conditions de pérennisation de la qualité à l'hôpital : de l'intérêt de la latéralité. *Gestions hospitalières : la revue du management hospitalier*, 2004, n° 188, p. 809-815. halshs-00666370

HAL Id: halshs-00666370

<https://shs.hal.science/halshs-00666370>

Submitted on 7 Dec 2018

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

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

« Les conditions de pérennisation de la qualité à l'hôpital : de l'intérêt de la latéralité » (Gilles HERREROS, Bruno MILLY)¹

La question de la pérennisation de la qualité à l'hôpital apparaît d'une grande actualité. L'axe de recherche « pérennisation et valorisation de la qualité », ouvert par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation des Etablissements de Santé (ANAES), laisse ainsi entrevoir l'importance qu'accordent l'Agence et ses représentants aux modalités qui permettraient de rendre durables les améliorations de la qualité ainsi qu'à celles qui permettraient la mise en valeur de cette dernière au sein des établissements hospitaliers. De la même façon, le thème retenu par le Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (« Comment pérenniser la démarche qualité ? ») laisse entendre que ce serait désormais moins à la définition et à la mise en œuvre de la qualité qu'à son développement, sa durabilité, qu'il conviendrait aujourd'hui d'œuvrer. Dans le diptyque « pérennisation / qualité », le premier terme semble crucial alors que le second paraît faire évidence. Comme toujours avec ce qui est donné comme évident, un certain nombre de malentendus semblent pouvoir être « charriés » et du coup fourvoyer le diagnostic. Ici réside le point de départ de la recherche sociologique que nous avons entreprise depuis octobre 2003 et à mi-parcours de laquelle nous sommes en fin d'année 2004².

Loin de constituer « un commun » ne prêtant plus à discussion parmi les professionnels hospitaliers, la qualité demeure une notion en continuelle (re)définition. A l'hôpital (Briand et alii, 2001 ; Claveranne et alii, 2003 ; François et alii, 2001, Pomey, 2002), comme dans bien d'autres organisations (Cochoy, De Terssac, 1998, 1999 ; Mispelblom, 1999), cette (re)définition s'opère au travers de luttes « indigènes » (Bonnet, 1994, 1996) où chaque « tribu » professionnelle cherche à imposer ses propres définitions de la qualité et tente de faire valoir ses prérogatives – sur les territoires qu'elle estime siens – en s'impliquant ou non dans les démarches-qualité.

Au-delà de leur diversité, les visions indigènes de la qualité et des démarches-qualité (1^{ère} partie) apparaissent néanmoins toutes fortement structurées par une tension normative entre la procédure et la coopération, entre la double nécessité affirmée, pour tendre vers la qualité, de mettre en procédures les actes de soins et de mieux coopérer entre catégories professionnelles. Du côté des procédures, se trouve un outillage (des « règles de bonnes pratiques », des standards de pratiques, des protocoles, des modes opératoires, ...) censé permettre d'assurer l'uniformité du soin, la traçabilité des actes, la rigueur des gestes ; du côté de la coopération, est attendue une meilleure cohésion entre professionnels et une articulation plus grande des pratiques.

Cet idéal normatif ne se retrouve évidemment pas nécessairement appliqué en pratique. Dans les pratiques professionnelles justement – quand et pour autant qu'elles sont impliquées dans des démarches-qualité –, c'est plutôt la dimension procédurale de la démarche-qualité qui est

¹ Maîtres de conférences en sociologie, respectivement à l'université Lyon II et à l'université Paris IV

² Commandée par l'ANAES, la recherche, dont le présent article est issu, a été présentée dans ses grandes lignes aux 6èmes journées du CCECQA ; elle a donné lieu à un rapport intermédiaire (Herreros, Milly, 2004), fruit d'investigations conduites au sein de 11 établissements hospitaliers dont trois ont été analysés en profondeur (suivi continu de la démarche d'accréditation : groupes d'auto-évaluation, réunions, commissions de synthèse, restitutions des visites des experts de l'ANAES ; des entretiens individuels et collectifs ont aussi été réalisés au fil de cette démarche). Au total, 30 réunions et 3 restitutions observées, 40 entretiens conduits.

privilegiée, au détriment des aspects coopératifs. Les démarches d'accréditation elles-mêmes semblent d'ailleurs aller dans ce sens d'un primat du procédural sur le coopératif dans la dynamique de la qualité qu'elles engendrent. Du coup, en déstabilisant la tension constitutive de la dynamique qualité, ces démarches peuvent finir par avoir des effets plutôt contre-productifs sur la pérennisation de la qualité (2nde partie).

A l'inverse, nous avons constaté que des opérations, qui trouvaient leurs fondements dans un tout autre champ que celui de la problématique de la qualité (telles, par exemple, les expériences de « culture à l'hôpital »), pouvaient contribuer de façon relativement inattendue à initier des logiques de coopération assez fortes pouvant elles-mêmes devenir un véritable capital dans une perspective de pérennisation de qualité (3^{ème} partie). Ce type de constat nous conduit donc, pour l'heure, à faire l'hypothèse que la question de la pérennisation de la qualité pourrait se jouer en partie à partir d'approches managériales très décentrées ou latéralisées par rapport aux entrées qui tenteraient d'optimiser les démarches qualité de façon frontale.

1. Les visions indigènes de la qualité et la tension normative procédure-coopération

Qu'est-ce que la qualité ? Un « état » à atteindre ou une capacité à s'améliorer ? Un examen rapide du lourd travail engagé par les experts de l'ANAES pour établir des référentiels et des critères servant d'étalon à l'évaluation des situations comme des pratiques hospitalières pourrait laisser penser que pour l'Agence, ce sont l'une et l'autre des deux acceptions qui méritent d'être retenues. Par exemple, lorsque se trouve évaluée (selon une échelle allant de A à D) une pratique quelconque en référence à un repère plus ou moins normalisé, c'est à une mesure d'écart entre deux états que l'on procède. Dans ce genre de mesure, où se trouve apprécié le degré de conformation de l'existant à un hypothétique idéal, c'est la conception de la qualité comme « état » qui est implicitement suggérée. Différemment, à d'autres moments, lorsque l'ANAES peut être conduite à définir la qualité en mobilisant, par exemple, le fameux modèle de la « roue de l'amélioration de la qualité » de W. Edwards Deming (*Plan-planifier, Do-réaliser, Check-contrôler, Act-améliorer*), c'est une conception plus proche de la notion de « démarche » ou « de processus » qui semble alors valorisée. Dans le premier cas de figure, celui de la qualité/état, l'objectif assigné aux établissements consiste à atteindre un « stock » de changements correspondant à un niveau minimum d'acquis. Dans le second cas, celui de la qualité/démarche, c'est à la mise en place d'une dynamique, d'un « flux », qu'il convient de travailler ; de lui semble dépendre l'acquisition des bonnes pratiques. A cette dialectique du stock et du flux, qui semble incarner la conception anaesienne de la qualité, les professionnels de l'hôpital substituent une définition beaucoup moins stable, beaucoup plus chaotique, exprimant de multiples tensions.

Pour reprendre une expression d'Estelle Bonnet (1994, 1996), qui entendait par là établir une distinction entre les visions « théoriques » de la qualité et celles plus pragmatiques des acteurs de terrain, les visions « indigènes » de ce qu'est la qualité laissent entrevoir tout autre chose qu'un « commun stabilisé » qui ferait évidence. Si les définitions de la qualité varient selon les situations professionnelles, on peut tout de même repérer quelques grandes tendances construites à partir de la position des acteurs hospitaliers. Une première tendance les conduit à se situer – et généralement à s'opposer – à la « qualité-accréditation ». Une seconde tendance les pousse à défendre des conceptions catégorielles.

Les différents professionnels hospitaliers entendent d'abord se situer vis-à-vis de la « qualité-accréditation » ou encore « la qualité-anaes », (elle est désignée sous ce vocable y compris chez ceux qui se sont investis dans les travaux d'auto-évaluation³). Vécue comme une qualité « administrative », « phosphorée », « pas claire », « nébuleuse », « anaesienne », « anaesthésiante », « de paperasse », « labyrinthique », cette qualité ainsi désignée réussit à faire le tour de force de provoquer une sorte d'unanimité contre elle chez des personnels hospitaliers pourtant si fréquemment divisés sur bien des sujets⁴. Ces qualificatifs sévères abondent quand il s'agit, par exemple, de remplir des référentiels d'auto-évaluation dont les intitulés et la distribution – décidés par l'ANAES – paraissent obscurs voire aléatoires, en tous cas totalement déconnectés des réalités du terrain et du quotidien des établissements ou des services.

A une qualité-accréditation vécue comme formalisée et formaliste, les acteurs de terrain opposent une qualité « réaliste », « pouvant être mise en pratique », « applicable et appliquée sur le terrain », « fonctionnelle », « opérationnelle »⁵. Confrontés à une même injonction vécue comme verticale (celle de l'ANAES et celle des directions d'établissements et des directions qualité), unis dans leur volonté de résister à une démarche-qualité « administrative », les « praticiens » – tels qu'ils se définissent eux-mêmes – défendent ainsi une conception de la qualité opposable à la « mauvaise » qualité pensée par les théoriciens ; c'est alors ici la centralité de l'acte technique et/ou de la technicité de l'acte de soin qui est mise en avant⁶. Le clivage entre une qualité de terrain et une qualité de papier tend alors à se déplacer vers un clivage entre qualité de praticiens et qualité de théoriciens, entre qualité d'acteurs (un « savoir faire de qualité ») et qualité de rhéteurs (un « savoir dire de qualité »). Un déplacement qui stigmatise l'ANAES, mais aussi souvent, au sein des établissements, les administratifs et les directions de soins.

La contestation de la « qualité ANAES » se précise encore avec des définitions « catégorielles » de la qualité. Ce sont les appartenances professionnelles qui cette fois fondent les positions sur la qualité. On retrouve ici un résultat bien mis en évidence par l'étude de Claveranne et alii (2003), qui s'appuie sur une analyse de contenu de discours de professionnels hospitaliers pour distinguer quatre groupes du point de vue des productions discursives sur la qualité, des registres du parler sur la qualité (2003, p. 42, p. 98) :

³ Soulignons au passage que les entretiens que nous avons réalisés l'ont été pour l'essentiel avec des professionnels qui s'étaient impliqués dans les groupes d'auto-évaluation dans le cadre de la démarche d'accréditation.

⁴ Il ne s'agit évidemment pas ici de tomber dans la caricature : si la « qualité-ANAES » a pu être initialement et ouvertement rejetée – au moins dans les discours –, elle est aujourd'hui largement reconnue par les professionnels hospitaliers comme *une* forme de qualité.

⁵ Cette opposition commune est néanmoins à nuancer ; elle comporte des degrés : elle est moins forte chez les directeurs d'établissement, les responsables qualité et les directions de soins (sans doute ceux qui voient leur propre conception de la qualité – « transversale » et « procédurale » pour faire simple – la mieux reconnue par les référentiels de l'ANAES) ; plus forte chez ceux qui se définissent comme des « fonctionnels » ou des « opérationnels » du soin : médecins, infirmiers, aides-soignants.

⁶ Lorsque les référentiels des manuels d'accréditation permettent de mettre en valeur des protocoles techniques, lorsqu'ils tournent autour de questions considérées comme pointues (telles que les « vigilances », les « risques infectieux », l'« évaluation des pratiques », ...), l'intérêt des « praticiens » devient manifeste. A l'inverse, lorsque les référentiels portent sur des questions générales comme la « politique et la qualité du management », les « ressources transversales », la « prise en charge du patient », ...), les mêmes semblent beaucoup moins participatifs.

1^{er} groupe (directeurs d'établissement, responsables qualité et directeurs de soins ou infirmiers généraux) : ceux qui utilisent le plus le vocabulaire de la qualité, qui la définissent avec une forte implication personnelle et une faible prise de position par rapport aux groupes professionnels.

2nd groupe (présidents de CME, médecins, chefs de service) : ceux qui se caractérisent par un recours fréquent au vocabulaire officiel de la qualité et par de très faibles références au patient.

3^{ème} groupe (dans les services, les infirmiers, aides-soignants, agents administratifs et logistique) : caractérisés par une importante mention des patients, un usage plus fréquent du vocabulaire de la globalité.

4^{ème} groupe (cadres) : ceux qui emploient le vocabulaire du management et qui sont plus sensibles que les autres à la procédure d'accréditation.

Evidemment, cette typologie est beaucoup moins sommaire et simpliste qu'elle n'est présentée ici, d'abord parce qu'il existe des différences importantes au sein de chaque groupe, ensuite parce que chaque trait se retrouve, non exclusivement, mais de façon plus ou moins marquée, dans chaque groupe⁷. Néanmoins, ces tendances catégorielles existent.

Malgré leur assez large ouverture aux démarches qualité (rappelons que notre étude a principalement porté sur des professionnels qui ont participé à la démarche d'accréditation) et aux perceptions des autres acteurs de l'hôpital, nos interlocuteurs témoignent encore de conceptions très « catégorielles », par exemple, quand nous leur demandons de décrire ce que serait pour eux une situation-type, idéale, de « qualité ». Les responsables qualité portent très souvent un discours militant, sur le ton du management, prônant une nécessaire mise à plat des pratiques, une transversalité de l'activité, un décloisonnement catégoriel pour une meilleure satisfaction des patients, et reprenant ainsi largement à leur compte le discours de l'ANAES, même si celui-ci peut être qualifié par ailleurs d'« irréel » ou « irréaliste ». Les médecins définissent généralement la qualité par celle de leur acte technique : la qualité, c'est l'excellence technique, celle qui apparaît par exemple quand il faut sauver un patient « perdu » grâce à un acte d'excellence. Les cadres infirmiers définissent souvent quant à eux la qualité comme conformité aux procédures et semblent vouloir profiter de l'accréditation ou des autres démarches-qualité pour mettre en ordre (et uniformiser) l'activité des soignants de leur service. Les infirmiers et les aides-soignants mettent enfin souvent l'accent sur la relation au patient et réclament pour cela du temps et des effectifs.

C'est ce type de conceptions catégorielles qui explique que de façon récurrente les représentants des différentes professions se reprochent mutuellement de faire preuve de résistance à LA qualité, celle-ci étant toujours définie de façon très ethnocentrée (sur sa catégorie professionnelle, voire son service). Ainsi, s'il y a manquement à « LA » qualité, c'est presque toujours du fait des autres groupes professionnels soupçonnés de ne pas « comprendre » ce qu'est la « vraie » qualité. Ces conceptions résultent assurément d'une très forte segmentation des actes professionnels à l'hôpital : chacun semble vouloir mettre l'accent sur sa « compétence fonctionnelle » (Parsons, 1939), celle que ne partagent pas les autres et qui légitime ainsi son autorité spécifique et/ou l'autonomie de sa profession ou de son segment professionnel (Freidson, 1970, Strauss, 1992). On peut parler d'un egocentrisme ou plutôt d'un ethnocentrisme (à l'échelle du groupe

⁷ Ces nuances apparaissent dans les tableaux de l'étude de J.-P. Claveranne et alii, 2003, pp. 101-105.

professionnel) de la qualité : celle-ci n'est vue qu'à partir de son angle d'analyse, de son faisceau de tâches, de sa place dans l'organisation.

L'importance de ces cloisonnements professionnels – à travers certains discours sur la qualité – pourrait refroidir voire glacer d'effroi ceux qui pensaient que les démarches-qualité avaient déjà gagné leur pari de décloisonnement et de transversalité, au moins chez les professionnels qui avaient accepté de participer à la démarche d'accréditation. Tel ne nous semble pas devoir être le principal enseignement de ce constat. N'oublions pas en effet que les discours, qui assoient notre analyse, ont été portés par des professionnels qui ont non seulement participé à l'accréditation, mais qui croient au moins partiellement en la pertinence de cette démarche et en l'intérêt de la qualité qu'elle sous-tend. Aussi vaut-il mieux saisir ces discours non comme des manifestations d'un échec de la dynamique des démarches qualité (et par là d'une impossible pérennisation) que comme des manifestations – dans des situations données – des tensions permanentes qui animent les professionnels de l'hôpital (entre soi et les autres, mais aussi entre soi et soi) quant aux exigences normatives de la qualité (ce que devrait être la qualité).

La principale tension normative – c'est une première intuition – nous semble structurée par deux pôles d'exigences normatives : d'une part, l'exigence, admise par chaque professionnel, d'une nécessaire procédurisation des actes de soins et d'un plus grand respect pratique des procédures ; d'autre part, l'exigence d'une plus grande coopération entre professionnels. Les acteurs hospitaliers paraissent ainsi confrontés dans leur mobilisation autour de la qualité à un profond tiraillement entre la procédurisation et la mise en coopération de leurs pratiques. La question de la pérennisation pourrait alors se ramener à celle de l'entretien de ce tiraillement.

Or, ce tiraillement normatif, qui est peut-être pourtant au cœur de la pérennisation possible de la qualité, n'est clairement pas toujours entretenu par les démarches-qualité. Ces dernières paraissent en effet mieux satisfaire l'impératif de procédurisation que celui de la coopération. Nos observations des formes prises par la démarche d'accréditation fournissent à cet égard quelques éléments d'analyse.

2. Les effets inattendus de la démarche d'accréditation

Si nous retenons l'idée selon laquelle la qualité est comprise et vécue par nombre de professionnels comme une mise en tension de dimensions multiples dont les notions de procédure et de coopération peuvent aider à rendre compte, il est possible d'examiner dans quelle mesure telle ou telle orientation d'action vient nourrir cette tension ou, au contraire, contribue à la paralyser. C'est dans cette perspective que nous avons souhaité porter notre attention sur la démarche d'accréditation en appui sur un questionnement : la démarche génère-t-elle un mouvement favorable à la pérennisation de la qualité ? Par-delà le constat, assez unanimement dressé (au moins par les acteurs qui participent au travail d'autoévaluation), selon lequel la procédure d'accréditation possède une fonction incontestablement dynamisante au sein des hôpitaux où elle est conduite, nous avons pu repérer que ladite procédure engendre un certain nombre d'effets pervers qui donnent peut-être à voir de façon apophasique (c'est-à-dire de façon inversée, en creux) des traits de la pérennisation.

Si nous retenons le découpage classique en six phases de la démarche d'accréditation (Pomey, 2002, p. 340), depuis l'amont de l'opération (phase 1) qui précède la déclaration de candidature à l'entrée dans la procédure, en passant par le lancement de l'auto-évaluation (phase 2), le temps de la visite (phase 3), l'après-visite et l'attente du rapport d'évaluation (phase 4), la remise du rapport (phase 5) pour finir avec l'entrée dans la nouvelle période qui s'ouvre jusqu'à la prochaine visite (phase 6), on note, pour chacun des moments évoqués, des mécanismes, des réactions qui méritent que l'on s'y attarde.

Au moment de la phase 1 (entrée dans la procédure), pour toutes sortes de raisons dont le caractère obligatoire de la démarche n'est pas la moins importante, se met en place une « ambiance » de type concours dont les effets (contre)électifs peuvent être stigmatisants. Ainsi, on voit apparaître le peloton de ceux qui souhaitent être considérés comme les premiers de la classe. Candidats aux opérations-tests des référentiels de l'ANAES, ils se donnent à voir (volontairement ou non) comme une sorte d'élite (peu importe que cela soit objectivement le cas ou pas, c'est au plan symbolique que se joue cette « distinction »), qui entend bien ne pas rater le « train de la qualité ». Du coup, tout à l'inverse, les établissements qui sont parmi les derniers à entrer dans la procédure (certains n'étant pas encore évalués dans la 1^{ère} vague d'accréditation, alors même que, parmi les « bons élèves », on trouve des établissements qui se sont déjà prêtés au test du référentiel de la 2^{nde} vague d'accréditation et se préparent déjà à leur 2^{nde} visite d'accréditation), se profilent, de fait, comme les plus « poussifs ». Évidemment, ces distinctions ne relèvent de rien d'autre qu'une sorte de « lutte des places » sans autre fondement que symbolique (en effet on ne note aucune sanction pour les derniers ni avantages particuliers pour les premiers) mais cela produit une sorte d'imaginaire collectif dont les effets peuvent être, au-delà du côté stigmatisant, assez démobilisant. En effet, comme dans les situations de « concours », ce n'est plus la valeur de ce qui est entrepris par chacun qui émerge comme la principale priorité mais la place (symbolique) que les uns occuperont par rapport aux autres.

Tout se passe comme si le double caractère obligatoire et électif de l'entrée dans la démarche d'accréditation créait un contexte général de « concours ». Être parmi les premiers à satisfaire brillamment aux exigences de l'évaluation devient une sorte d'objectif non explicite mais agissant. Bien sûr, la compétition peut avoir de bons côtés, stimuler le progrès de chacun et entraîner un mouvement d'avancée collective. Mais, en même temps elle nourrit « une lutte des classements » avec tous les effets anesthésiants (« anaesthésiants » disent certains) qui peuvent y être associés. La « grandeur » des uns ne peut que construire indirectement et involontairement « la petitesse » des autres ; la publication des rapports étant là, par ailleurs, pour assurer la publicité et confirmer publiquement les positions de chacun. Cette logique de la « distinction » vient alimenter des jeux qui ont un rapport direct avec une dynamique élective aux conséquences aussi stimulantes pour les « premiers » que stigmatisantes pour de nombreux autres.

Durant la 2^{nde} phase, qui voit l'établissement s'engager dans l'auto-évaluation, c'est la situation assez classique de l'injonction à participer qui peut retenir l'attention comme facteur bloquant. Si on comprend bien la fonction que peut avoir le regroupement de collectifs interprofessionnels réfléchissant ensemble sur leurs pratiques et les conditions de celles-ci, il n'en reste pas moins que le côté obligatoirement participatif de la démarche présente parfois un côté largement artificiel. « *J'y suis allé parce que le directeur me l'a demandé un peu comme un service* » (un

soignant d'un service mortuaire) ; « *quand il a fallu se lancer dans les groupes d'auto-évaluation, j'ai fait appel aux gens que je connaissais et avec qui j'avais de bonnes relations* » (un responsable qualité)... ; ce genre de propos traduit la difficulté que suscite l'enclenchement d'une démarche participative, là où celle-ci n'est pas nécessairement une pratique ancrée. Les bonnes intentions (que les sociologues des organisations qualifient d'humanistes) attachées à la tradition managériale participative ne suffisent que très rarement à provoquer la mobilisation collective ; pire, dans certains cas, lorsque l'invitation à la participation est comprise (à tort ou à raison) comme une forme de manipulation ou de gesticulation faussement démocratique, c'est la réaction inverse à celle espérée qui est engendrée.

Là où on attend la formation de groupes, une dynamique partagée au niveau de l'organisation, c'est ainsi parfois à la réactivation de clivages que l'on assiste : « *Les collègues du service m'ont largement critiqué au moment de l'auto-évaluation « T'as pas mieux à faire que d'aller dans ces réunions ? » me disaient-ils me reprochant aussi par la même occasion d'avoir accepté une fonction de responsable dans le service alors qu'on ne m'en donnait pas de compensations financières* ». Pour simplifier, on pourrait émettre l'hypothèse que l'injonction à participer à la vie d'un collectif chargé d'une production commune, alors même que le contexte organisationnel général et managérial de l'hôpital est largement tourné vers la responsabilisation individuelle (l'entretien *individuel* d'évaluation, la responsabilité juridique personnelle des actes, la tarification à l'activité, ...), génère une sorte de contradiction. Peut-on en appeler à l'effort collectif ponctuel dans le cadre d'une procédure particulière (en l'occurrence l'auto-évaluation) alors que l'histoire des lieux et des profession(nel)s, les orientations managériales principales quotidiennes ne sont pas nécessairement tournées vers la valorisation de ces dimensions participatives et collectives ? Dans une telle configuration, le « participez ! » suscite, en même temps que l'adhésion de quelques professionnels souvent minoritaires, du scepticisme, de l'irritation et de l'apathie chez nombre d'acteurs de l'hôpital.

La 3^{ème} phase du processus, correspondant à la visite des experts est, elle aussi, à l'origine de comportements dont on peut douter qu'ils favorisent une ultérieure pérennisation de la qualité. Si elle met incontestablement sous pression les personnels, elle le fait sur le mode du « bachotage ». Tout comme les savoirs fraîchement acquis sont peu ancrés lorsqu'un examen a été « bachoté », la « qualité », montrée dans la visite d'accréditation, inspire parfois un constat analogue. L'acquisition des pratiques de qualité semble toute récente et un rien artificielle (ce qui ne trompe d'ailleurs pas les experts « *On voit bien quand un affichage est tout récent ou que quelque chose a été préparé pour l'occasion* » – un expert). Ici, la charte de l'établissement vient d'être affichée, les dossiers des malades habituellement non rangés avec les noms bien en vue ont été dissimulés, les comportements indésirables provisoirement contenus. « *Faudra dire à Abdou (indique l'une des responsables qualité animant une réunion préparant la visite), vous savez le clochard qui loge depuis quelques temps dans les sous-sols, qu'il ne vienne pas pendant la visite ; ça ferait désordre* ». Ce type de situation, engendré par toute forme de « passage en revue », a un rapport avec l'artificialité, terme qui nous semble être le double inversé de la pérennité. Pour le dire autrement, c'est le sentiment d'être soumis à un contrôle lors de la visite d'accréditation qui domine largement et, avec ledit sentiment, c'est l'idée de mobilisation autonome et pérenne qui se perd un peu.

Mais ce n'est pas la seule dimension contradictoire à la pérennisation qui nous paraît être induite par la visite ; il faut également y ajouter une impression fréquente de frustration. Deux types de situation peuvent illustrer le propos. Dans le premier cas, la frustration peut être relative au passage des experts jugé souvent « trop rapide » par les personnels des services qui attendaient leur venue. En effet, ayant souvent préparé la rencontre (bachotage ou pas), souhaitant montrer la qualité de leurs prestations, les acteurs des services sont déçus par le côté fugitif de la rencontre avec les visiteurs. Peu de temps et peu d'échanges sont à mettre en face d'une préparation qui, dans certains cas, est en route depuis des semaines⁸. C'est encore le même type de frustration qui est ressentie au terme de la visite lorsque les experts rendent compte de ce qu'ils ont observé. Le fait qu'aucun échange ne soit possible, que l'exposé soit très formalisé (pour des raisons de rationalisation du temps que l'on peut tout à fait comprendre), donne à la séance de restitution un côté compassé qui n'a pas grand rapport avec une dynamique collective. Chacun vient écouter un verdict qui, quel qu'il soit, n'est que provisoire (il n'est pas le rapport définitif d'accréditation, avalisé par le collège d'accréditation de l'ANAES) et n'est pas discutable. À l'identique d'une épreuve d'examen dont l'impétrant ne saura rien du résultat qu'il a obtenu, il ressort de celle-ci avec une incertitude sur sa prestation et, après avoir été soumis à une réelle pression, il n'aspire plus qu'à souffler, forme d'expiration – contraire à l'idée d'inspiration – (l'une et l'autre bien connues des sportifs) qui annonce la 4^{ème} phase.

Nous ne nous attarderons pas sur cette phase d'après-visite et d'attente du rapport : ses effets contre-productifs sont bien connus de tous et résumés sous le vocable d'« effet soufflé ». Ledit effet est non seulement démobilisateur (tous les hospitaliers connaissent l'histoire du « Ouf ! Ils sont partis ») mais aussi source de fantasmes : plus le rapport final tarde à arriver et plus l'effet soufflé s'accompagne d'une véritable fantasmagorie collective. Ainsi, au sein d'un établissement qui dut attendre plusieurs mois au-delà des délais initialement prévus pour obtenir son rapport, la machine à fantasmes s'est mise à fonctionner bon train. Là où « l'effet soufflé » provoque, avec la dissolution des groupes d'auto-évaluation, une retombée de la mobilisation, l'imaginaire collectif peut développer une dynamique complètement contre-productive. « *Qu'avons-nous mal fait pour que notre rapport tarde tant à nous être remis ?* entend-on ici et là » ; à cette question, chacun a sa réponse nourrie de ses angoisses. « *Un scandale s'annonce ? Nous n'aurons pas l'accréditation ?* ». Que le directeur d'établissement vienne à partir pour des raisons n'ayant rien à voir avec la démarche d'évaluation (et selon une planification arrêtée de longue date), et la machine à fantasmes se met en route à plein régime (« *Le directeur n'est-il pas victime d'une sanction, son départ ne manifeste-il pas un désaccord avec le rendu des experts... ?* »). Une telle situation n'est pas seulement démobilisatrice ; elle génère un climat pesant qui prolonge le sentiment de contrôle évoqué plus haut et, effet paradoxal, il affecte tout particulièrement ceux qui ont participé activement à la démarche d'auto-évaluation, c'est-à-dire ceux-là mêmes des personnels qui sont les plus impliqués dans les démarches qualité.

La 5^{ème} phase qui comprend l'arrivée du rapport provisoire des experts et le rendu définitif avec d'éventuelles réserves et recommandations, provoque deux types de mouvements là encore anesthésiants ou contraires à la pérennisation. Le premier est lié aux conditions très particulières

⁸ Soulignons, s'il en était besoin, qu'il n'est pas dans notre intention de fustiger les experts. Ceux-ci sont également pris dans une démarche où le temps leur est compté. Faisant pour le mieux, ils sont invariablement en dessous des attentes des personnels rencontrés.

dans lesquelles le rendu des experts peut être commenté. Comme il n'est attendu des personnels qu'un retour sur la dimension factuelle du document et non sur des questions de fond, tout débat important se trouve de fait bloqué : « *Nous n'avons pas à entrer dans cette discussion de fond maintenant, ce n'est pas ce qu'attend l'Anaes* » avons-nous entendu maintes fois lors des séances de discussion du rapport provisoire. Du coup, les groupes d'auto-évaluation qui se réunissent souvent pour la première fois depuis la visite, ne trouvent pas en cette occasion la possibilité de se réactiver. L'échange, fer de lance possible de l'action collective, est remis à plus tard.

L'autre effet quelque peu inattendu est lié au caractère lui aussi potentiellement contre-productif de la multiplication des plans d'action qualité, lancés par les établissements pour répondre aux recommandations et/ou réserves qui leur ont été faites par l'ANAES. En effet, autant chacun s'accorde à reconnaître qu'une réserve sur tel ou tel point peut constituer un levier d'action incontestable et ne signifie donc pas nécessairement une sanction (même si les directeurs rencontrés avouent préférer le fameux « sans réserve ni recommandation »), autant les plans d'action, lorsqu'ils se multiplient (certains établissements avançant des chiffres impressionnants), peuvent engendrer du découragement ; l'inflation des projets d'action tue l'intention d'agir. Le volontarisme enthousiaste des uns génère une sorte de tétanie chez les autres.

La dernière et 6^{ème} phase, qui sépare la définition des plans d'action liée à l'arrivée du rapport de l'ANAES avec la perspective d'entrée dans la prochaine accréditation, est, au moins pour ceux qui avaient eu le sentiment de « bachoter » (rappelons au passage, ce n'est jamais qu'avec 15 à 20 % des agents au maximum – pour ceux que nous appelions plus haut « les premiers de la classe –, que s'opère le travail d'auto-évaluation), marquée par le désir d'un « retour à la normale ». Pouvoir travailler en paix sans plus se soucier de ces évaluations qui perturbent le travail quotidien (« *On a quelques mois pour souffler et après on s'y remet* » – un cadre), telle est une des grandes caractéristiques de cette 6^{ème} phase. Aussi ce « retour » désigne-t-il la reprise de l'activité classique, avec toutes ses « qualités » et ses limites. À la phase d'ébullition (partielle au moins), à laquelle correspond la démarche d'accréditation, succède donc la reprise « normale » des activités, c'est-à-dire la réapparition des jeux organisationnels hospitaliers classiques où chacun retourne à ses pratiques, à ses territoires. Les groupes d'auto-évaluation se sont dissouts, les dynamiques transversales se sont essouffées, les cloisonnements en tous genres peuvent donc réapparaître. À supposer qu'elles aient un temps disparu, les frontières professionnelles, les distinctions symboliques, les singularités identitaires (le statut, l'activité, le service...), et toutes les autres dimensions qui ne sont pas nécessairement synonymes de la notion de coopération, peuvent ressurgir. Et la tension normative entre procédure-coopération de pâtir assurément de ce retour au normal(isé).

Résumons le propos. Sans contester que la procédure d'accréditation soit un moment important dans la dynamisation des démarches qualité et de leur éventuelle pérennisation, il n'en reste pas moins que nombre des caractéristiques de la démarche induisent une série d'effets qui contribuent à déséquilibrer les conceptions de la qualité entendues comme tensions multiples structurées par le couple procédure-coopération. En effet, en suscitant des stratégies électives ou distinctives, en provoquant l'artificialité d'un « bachotage », en accentuant le formalisme d'une démarche, en focalisant sur des projets si nombreux et ambitieux qu'ils en deviennent plus décourageants que mobilisateurs, la procédure entière de l'accréditation charrie avec elle des éléments qui ne

paraissent pas nécessairement participer de la pérennisation de la qualité. En laissant entrevoir aux personnels de l'hôpital quelques cousinages entre la démarche d'accréditation et le contrôle, le formalisme bureaucratique, l'inflation des procédures, ... ce moment important dans la mise en œuvre d'une politique de qualité ne semble pas favoriser, la dialectique de la procédure et de la coopération en alimentant plus facilement le premier pôle que le second. L'artificialité génère des comportements ou des procédures qui « remplissent les armoires de fiches et autres documents » sans nécessairement modifier les pratiques ; le contrôle suscite le bachotage qui a fréquemment un lien avec le non-apprentissage ; le formalisme bureaucratique gèle les débats, les échanges et au final la coopération.

Mais là où l'accréditation – un des leviers de la politique qualité – semble porter avec elle des éléments de freinage ou de blocage, qui peuvent ne pas faciliter sa pérennisation, on peut au contraire rencontrer au travers d'initiatives qui en apparence n'ont aucun rapport direct avec la problématique de la qualité, des impulsions qui peuvent participer de la dynamisation de celle-ci.

3. La part des chemins de traverses

Au cours de nos investigations (Herrerros, 2004), il nous a été donné de croiser un programme régional d'action nommé « Culture à l'Hôpital » engageant l'ARHRA (Agence Régionale Hospitalière Rhône-Alpes) et la DRAC Rhône-Alpes (faisant lui-même écho à une convention signée par le ministère de la Santé et le ministère de la Culture). Dans le cadre de ce projet, une série d'opérations culturelles sont développées (dans des établissements de tous types, publics bien sûr mais aussi privés participant du service public ou à but lucratif) confrontant à chaque fois, dans des circonstances très inhabituelles, aussi bien les professionnels de l'hôpital entre eux que les personnels hospitaliers avec les malades et leurs familles⁹. À chaque fois, nous avons constaté que, au cours de ces opérations, s'accumulait un capital relationnel entre les différents acteurs de l'hôpital susceptible d'être re-mobilisé, ensuite, dans le cadre de l'activité professionnelle. Ici, ce sont des malades qui assistent dans l'hôpital à un concert aux côtés des soignants ; là, ce sont ces derniers qui engagent un débat avec les médecins de l'établissement sur l'histoire de celui-ci à partir d'une recherche conduite par des historiens ; ailleurs encore, ce sont les uns et les autres qui se retrouvent pour une exposition dans l'enceinte de l'établissement et commentent celle-ci. À chaque fois, ce qui s'échange et circule entre professionnels d'une part, entre professionnels et malades d'autre part, peut sembler sans rapport apparent avec la question de la qualité, si on la réduit tout au moins à un ensemble de procédures sur les bonnes pratiques techniques.

Mais, si la qualité est comprise comme un mouvement au sein duquel la coopération entre les différents acteurs de l'hôpital est essentielle, alors ces chemins de traverses (qu'il s'agisse de la culture à l'hôpital ou de toute autre initiative permettant de produire des collectifs) deviennent des moyens d'obtenir ce capital relationnel qui fonde la possibilité d'une réflexion collective sur les formes et le sens du travail. Pour le dire autrement, si l'hôpital est confronté à la question de sa « gouvernance » (dont la qualité des soins est une des préoccupations) alors, à l'identique des

⁹ Ainsi et pêle-mêle, on retrouve des initiatives portant sur la danse, le théâtre, le chant, l'écriture, l'art plastique, la photographie, la mémoire, le patrimoine, les sciences... et mobilisant des artistes, des patients, des soignants, des riverains, ... soit comme spectateurs, soit comme acteurs.

questions posées au « gouvernement de la Cité » qui tente d'organiser la co-existence de collectifs différents en essayant de mettre l'accent sur ce qui leur est commun en surmontant les singularismes, c'est à favoriser l'émergence de collectifs aux contours nouveaux que celui-ci doit œuvrer. Avec cette question, nous sommes au cœur de la thématique de la coopération. Au travers des configurations créées par ces actions conduites au sein de l'hôpital, derrière ce que ces initiatives déplacent d'habitudes, provoquent de mélanges, créent d'exotique, d'excentrique (parfois pour certains d'exaspérant), il y a des brouillages de frontières, des transgressions de territoires, qui charrient avec eux de nouveaux possibles en termes de coopération. Un récit exemplaire :

Un film vient d'être diffusé dans une salle des fêtes interne à l'hôpital. Le metteur en scène est présent pour répondre aux questions des spectateurs. La salle est comble. Sur l'écran, il était question de mémoire, de reconstruction historique, de déportation, de voyage, d'immigration. Un spectateur prend la parole et interroge la dimension technique du film, sa réalisation, le son et les déficiences hypothétiques du lieu qui n'est pas conçu comme un "vrai" cinéma avec "dolby" et autres raffinements modernes. Un tel goût pour les liens entre techniques et esthétiques... , c'est sans doute un universitaire..., simple hypothèse. Indistinctement, parmi les participants, les réactions se multiplient, les questions fusent, l'ambiance donne dans le style Ciné-club avec parterre de cinéphiles. Puis un spectateur se livre à une longue évocation de ce que le film lui remémore de ses propres voyages, de sa famille... ; les cars aperçus sur l'écran lui rappellent « les cars Philibert » et sa "grand-mère », les lumières du film deviennent "des étoiles" qui lui font tourner la "tête". Le commentaire devient peu à peu halluciné. Le trouble s'installe. Quelques soignants (ou supposés tels) s'agitent laissant entendre des chuchotements « l'intervenant du débat est un des malades de l'établissement psychiatrique ». Chacun écoute pourtant jusqu'au bout. Le cinéaste acquiesce aux remarques et répond tranquillement, respectueusement à son interlocuteur ; dans l'instant, il n'est pas un malade mais un cinéphile, un poète, un discutant...

Qu'importe si le moment d'échange ne se laisse pas enfermer dans les catégories habituelles, si malaise et gêne peuvent être ressentis par certains. Nous sommes dans ce type d'incertitudes qui naissent lorsque les cadres habituels de l'expérience se déforment ou n'ont plus leur sens classique. Nous sommes à l'hôpital, mais les règles du jeu n'y sont plus tout à fait les mêmes qu'à l'habitude. De nouvelles relations se tissent, de nouveaux regards se posent, des échanges inhabituels s'établissent, fussent l'espace d'un instant. Plus tard, dans les services, dans l'activité quotidienne des professionnels, ces moments-là ne sont pas oubliés, ils ne disparaissent pas ; ils constituent un point d'appui possible pour une autre forme de collaboration. Si le soin est le résultat d'une chaîne de coopérations, un environnement, un processus général qui attache les pratiques professionnelles entre elles, conduit à leur superposition partielle alors on peut faire l'hypothèse que c'est de la nature de ces attachements dont dépend la qualité du soin. Dans ce « chaînage » de coopérations, qui ne saurait se penser sous l'angle de la stricte organisation scientifique et rationnelle du travail (clarté des procédures, étanchéité des champs de compétence), « la culture à l'hôpital » (comme expérience parmi d'autres possibles) vient jouer un rôle en suggérant toute sorte de brassages induisant de nouveaux types de liaisons. C'est ce que nous nommons les chemins de traverses.

Conclusion

Au terme de ce mi-parcours, bien des interrogations subsistent et nombre d'hypothèses restent à confirmer voire à étayer. Du coup, prétendre conclure devient un exercice délicat, *a fortiori* s'il devait y avoir de notre part une réponse prescriptive à la question initialement posée : quels sont les facteurs de pérennisation de la qualité à l'hôpital ? Cela étant dit, nous pouvons reprendre quelques-uns des aspects que nous croyons les plus « stabilisés » de nos développements.

La qualité ne peut être pérennisée et valorisée au sein des établissements si celle-ci reste un « objet énigmatique » pour le plus grand nombre des professionnels. Pointer cette dimension ne signifie pas que la qualité est refusée par les personnels mais qu'elle est une notion qui, loin de faire évidence, est le résultat d'une négociation permanente entre tous, voire, selon les instants et les situations, entre soi et soi. Au-delà des conceptions catégorielles des différents professionnels, il nous a été possible de montrer que le positionnement à l'égard de la qualité se manifeste souvent par une tension, aussi bien individuelle que collective, qui, pour être très composite, n'en reste pas moins fortement polarisée par les exigences de procédure et de coopération. Par là, nous entendons souligner que les professionnels, à des degrés divers et sous des formes toujours différentes, ont tendance à désigner conjointement, mais souvent alternativement, les procédures (et autres outils permettant de cadrer et normaliser les « bonnes pratiques ») et l'instauration de nouvelles coopérations (entre collègues, entre professions, entre services, ...) comme des aspects fondamentaux de la qualité.

Cette remarque nous paraît porteuse d'une perspective de réflexion et d'action sur les dynamiques de qualité à l'hôpital dans la mesure où la tension entre procédure et coopération s'accompagne de la possibilité d'être renégociée en permanence. Dit autrement, tout ce qui vient figer les ajustements continus que suppose cette dialectique entre les deux pôles, soit en artificialisant le « jeu », soit en le formalisant à l'excès, soit en le fossilisant dans un protocole quelconque, peut venir « gripper » la dynamique de la qualité. Au cours de nos premières investigations, nous avons ainsi repéré un paradoxe. Là où certaines initiatives (en l'occurrence la procédure d'accréditation) sont entièrement tournées vers la dynamisation de la démarche qualité, on peut se trouver confronté à des effets inattendus, ne générant pas toujours des impulsions favorables à la pérennisation de celle-ci. A l'inverse, sur des opérations qui sont totalement excentrées par rapport à la problématique de la qualité, nous avons relevé des résultats dont les répercussions paraissent bénéfiques à la coopération, pôle sans doute le plus fragile du diptyque procédure/coopération.

De ces constats, des interrogations nouvelles aux accents surprenants peuvent surgir : afin de pérenniser la qualité à l'hôpital, ne faut-il pas, se décentrer partiellement de l'objet qualité ? Les personnels n'œuvrent-ils pas à la qualité dans des situations qui semblent sans rapport direct avec celle-ci ? L'appréhension frontale du concept comme de la démarche qualité est-elle la meilleure garantie pour progresser dans le sens de la pérennisation de celle-ci ? Nous tenterons d'explorer ces dimensions et quelques-autres dans la suite de la recherche entreprise.

Gilles HERREROS

Maître de Conférences en Sociologie, Université Lyon II

Membre du CREA, Université Lyon II, 5, av. P. Mendès-France, 69 500 Bron
gilles.herreros@wanadoo.fr

Bruno MILLY

Maître de Conférences en Sociologie, Université Paris IV

Membre du GLYSI-SAFA, Institut des Sciences de l'Homme, 14, av. Berthelot, 69 007 Lyon
bruno.milly@ish-lyon.cnrs.fr

Bibliographie

Bonnet Estelle, 1994, *Analyse sociologique des actions qualité dans l'entreprise industrielle. Des visions indigènes en représentation*, Thèse de doctorat, Université Paris X - Nanterre

Bonnet Estelle, 1996, « Les « visions indigènes » de la qualité. A propos de l'appropriation de la démarche qualité dans l'industrie », *Revue d'Economie Industrielle*, n° 75, pp. 77-93

Briand Sylvie, Bazin Anne, Gerbaud Laurent, 2001, « Perceptions de la qualité dans le secteur sanitaire et impact sur la démarche qualité », *Cahiers de sociologie et de démographie médicale*, n° 1, pp. 29-46

Claveranne Jean-Pierre Candel Danielle, Dubois D., Fraisse Stéphane, Marchaudon Pierrette, Robelet Magali, Vinot Didier, 2003, « Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé », Rapport de recherche ANAES

Cochoy Franck, Garel Jean-Pierre, de Terssac Gilbert, 1998, « Comment l'écrit travaille l'organisation : le cas des normes ISO 9000 », *Revue Française de Sociologie*, vol. XXXIX, n° 4, pp. 673-699

Cochoy Franck, de Terssac Gilbert, 1999, « Les enjeux organisationnels de la qualité : une mise en perspective », *Sciences de la société*, n° 46, pp. 3-18

François Patrice, Peyrin Jean-Claude, Vinck Dominique, Reverdy Thomas, Henry Eric, 2001, *Maîtrise de la qualité des soins dans les services médicaux de l'hôpital*, Rapport d'un projet de recherche INSERM / CNRS / MIRE

Freidson Eliot, *Profession of Medicine*, 1970, New York, Harper & Row, trad. fçse : *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984

Herreros Gilles, 2004, *Les petites liaisons culture-hôpital : variations sur le vital*, ARH Rhône-Alpes, DRAC Rhône-Alpes

Herreros Gilles, Milly Bruno, 2004, *Dynamique et horizons de la démarche qualité en milieu hospitalier : les conditions de pérennisation et de valorisation*, rapport intermédiaire pour l'ANAES, octobre

Mispelblom Frédéric, 1999, « Langage et stratégie au travail saisis par les normes d'assurance qualité », *Sociologie du travail*, n° 3, pp. 235-254

Mispelblom Frédéric, 1999, *Au delà de la qualité. Démarches qualité, conditions de travail et politiques du bonheur*, Paris, Syros

Parsons Talcott, « The Professions and Social Structure », 1939, in *Essays in Sociological Theory, Pure and Applied*, 2ème éd., Glencoe, Illinois, The Free Press, 1958, pp. 34-49

Pomey, Marie-Pascale, 2002, *La préparation à l'accréditation. Un outil de changement organisationnel ?* Thèse de Doctorat en Santé Publique, Université de Montréal

Strauss Anselm L., 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan