

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SÉRIE
ÉTUDES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

Les effets de l'accréditation et des mesures
d'amélioration sur la qualité des soins
sur l'activité des personnels soignants

Post-enquête « Conditions et organisation du travail
dans les établissements de santé »
(2/5)

Florence Douguet (UBS/UBO-ARS) –
Jorge Muñoz (UBO-ARS)
avec la collaboration de Danièle Leboul (UBO)

n° 48 – juin 2005

Sommaire

Résumé.....	7
Introduction.....	9
Première partie - Problématique de l'étude.....	11
1. Le contexte de l'étude	11
1-1. L'évolution du cadre réglementaire de l'activité hospitalière.....	11
1-2. Les transformations des modes de gestion et d'organisation de l'hôpital	12
2. Les effets perçus de la mise en pratique des exigences procédurales.....	13
2-1. Les aspects positifs perçus par les professionnels	13
2-2. Les aspects négatifs perçus par les professionnels	14
3. La reconstruction du rapport au travail dans ces nouveaux contextes organisationnels.....	16
3-1. Les adaptations mises en place par les acteurs	16
3-2. Travail prescrit, travail réel	16
Deuxième partie - Méthodologie de l'étude	19
1. La phase exploratoire	19
1-1. L'exploitation bibliographique.....	19
1-2. Le test du questionnaire.....	19
2. La phase de recueil de données par entretiens.....	20
2-1. Objectifs des entretiens.....	20
2-2. Définition de la population.....	20
2-3. Mode d'échantillonnage retenu	20
2-4. L'échantillon initial	22
2-5. Le guide d'entretien.....	23
2-6. Prise de contact avec les enquêtés et difficultés rencontrées.....	25
2-7. Réalisation des entretiens	25
2-8. L'échantillon final interrogé.....	26
3. L'analyse des données recueillies	29
Troisième partie - Recension de la littérature	33
I. La qualité dans les établissements de santé.....	34
1. Genèse de la qualité hospitalière	34
1-1 Les conditions d'émergence d'une politique globale de qualité des soins en France.....	34
1-2. Les étapes de la mise en place de la politique de la qualité dans le secteur sanitaire	35
2. Les notions autour de l'idée de qualité.....	38
2-1. Une définition internationale de la qualité.....	38
2-2. Les protocoles (ou procédures) et les référentiels	40
2-3. Les différentes méthodes de démarche qualité	40
2-4. Les indicateurs de mesure de la qualité et leurs limites.....	43
3. Les outils de la qualité des soins dispensés par les personnels soignants.....	45
3-1. Le guide de service des soins infirmiers : des normes générales.....	45
3-2. Les intérêts des protocoles infirmiers	46
3-3. ... et leurs limites.....	47
4. L'accréditation des établissements de santé	48
4-1. L'ANAES et le contrôle de la qualité des soins	48
4-2. Le déroulement de la procédure d'accréditation	49
4-3. Le cycle d'accréditation en cours : bilan d'étape	52
5. Les professionnels soignants et l'accréditation : pratiques et représentations.....	53
5-1. La place des professionnels dans l'accréditation : du discours aux pratiques	53
5-2. Les représentations de la qualité et de l'accréditation	54

II. De la certification à l'accréditation dans le secteur industriel	57
1. Une brève histoire de la certification et de la normalisation	57
2. L'assurance qualité : une pratique d'inspiration américaine mais une idée développée par les Japonais	61
2-1. TAYLOR et FAYOL : la qualité-conformité	61
2-2. Le rôle de la quantification dans l'émergence de l'assurance qualité : Shewart, Deming, Juran et Feigenbaum	61
2-3. La démarche qualité et le marché : une réalité connectée	63
2-4. L'essoufflement de la démarche qualité	64
3. Les normes ISO 9000 : entre dénonciation et admiration	65
3-1. L'émergence de la notion de qualité dans les travaux sociologiques	65
3-2. La démarche qualité : entre dénonciation et admiration ?	68
Quatrième partie - Test du questionnaire Drees	79
1. Présentation de la démarche	79
1-1. Les objectifs du test	79
1-2. La population enquêtée	79
2. Exploitation du test	80
2-1. Formulation du sens et compréhension des questions	80
2-2. Sens, compréhension des questions autour de la thématique de la réalité du travail	82
2-3. Sens, compréhension des questions autour des thématiques relatives au rythme de travail et aux situations de tensions	85
3. Le rapport au travail	87
3-1. Le temps de travail	87
3-2. L'attachement au travail	87
3-3. L'organisation du travail	88
4. Commentaires généraux hors passation du questionnaire	90
Cinquième partie - Analyse des entretiens recueillis auprès des post-enquêtés	93
I. Quelques éléments de présentation du contexte de travail des soignants dans les établissements de santé	93
1. Malades, maladies et soins : de la « préhistoire » à l'ère du scanner	93
1-1. Le vieillissement des patients et l'alourdissement des pathologies	93
1-2. De nouveaux modes de recours aux soins, de nouveaux malades	95
1-3. Le développement des actes de diagnostics	96
1-4. Les perfectionnements du matériel de soin	96
1-5. La prise en compte de la douleur et les soins palliatifs	96
1-6. L'amélioration des locaux et de leurs équipements	97
1-7. L'introduction de l'informatique	97
2. Les conditions de travail : une découverte des nouvelles dimensions ?	98
2-1. Les conditions de travail : une activité comparative ?	98
2-2. Les 35 heures un argument évoqué pour expliquer la situation actuelle	100
2-3. Une pénurie du personnel quantitative certes mais également qualitative	101
2-4. Une intensification au travail ressentie à divers niveaux	102
II. De la qualité des pratiques aux représentations	104
1. La notion de représentation sociale	104
2. La qualité : une vision indigène profondément ancrée dans l'activité de travail	105
2-1. La qualité comme réalité technique et professionnelle	105
2-2. La qualité une idée partagée entre les générations ?	107
2-3. La qualité dépend de la relation avec le malade	108
2-4. La qualité comme reconnaissance	111
3. La non-qualité comme première source d'un sentiment de souffrance ?	116
3-1. L'arbitrage quotidien comme source de souffrance ?	117
3-2. L'ambivalence élément caractéristique de l'activité hospitalière ?	122

III. L'impact des nouveaux modes de gestion et d'organisation impulsés par l'accréditation	126
1. La démarche d'accréditation en représentations et en pratiques	127
1-1. Une première impression plutôt mitigée.....	127
1-2. Un déficit de communication dans l'annonce de la procédure	128
1-3. Une absence massive de participation	128
1-4. Des formes de participation à distance	130
1-5. Pour les professionnels ayant collaboré : entre évidence et injonction.....	130
2. Les effets observés et ressentis de l'accréditation	131
2-1. La visite des experts : entre mascarade, dialogue et hostilité	131
2-2. Le retour de l'expertise.....	133
2-3. Les conséquences sur le travail des équipes : des points de vue divergents	134
2-4. Essai de synthèse des transformations de l'activité soignante.....	135
IV. Les collectifs de soignants face aux transformations de l'organisation du travail : entre interdépendance et coopération	139
1. L'approche interactionniste du milieu hospitalier	139
1-1. Les adaptations secondaires comme moyens d'échapper aux normes formelles.....	139
1-2. La négociation comme régulation des relations au sein des collectifs de travail.....	140
1-3. Les conditions propices à une négociation efficace.....	141
1-4. La négociation comme réponse à une réglementation du travail équivoque	143
2. Le point de vue de l'analyse stratégique	144
2-1. De la coopération à l'émission des équipes soignantes.....	144
2-2. Les facteurs de cohésion des équipes	145
Conclusion.....	153
Conclusion générale	155
Annexe.....	159
La psychodynamique du travail	161
I- Rappel sur les modèles d'analyse des problèmes de santé au travail.....	161
II- Quels sont les apports spécifiques de la psychodynamique du travail parmi les courants disciplinaires qui ont pour objet le rapport santé-travail ?.....	162
1. Qu'est-ce que la psychodynamique du travail ? ''	162
2. Le point crucial : l'organisation du travail.....	165
III. Les évolutions actuelles de l'organisation du travail apparaissent porteuses de transformations qui modifient le rapport au travail	168
Bibliographie	171

Résumé

L'étude s'intéresse aux transformations de l'organisation du travail dans les établissements de santé, et plus précisément à celles qui résultent de la mise en œuvre récente de l'accréditation. L'objectif annoncé d'une telle procédure est de garantir une amélioration continue de la qualité et de la sécurité des pratiques effectuées. L'accréditation impulse la mise en place de protocoles, d'outils de traçabilité et de contrôle qui témoignent d'une tentative de rationalisation de l'activité de soin. Chez beaucoup de soignants interrogés, l'image de cette démarche est essentiellement négative et suscite une certaine réticence. Cependant, au-delà de ces représentations spontanées, l'accréditation ne semble pas avoir eu le même retentissement sur leur activité quotidienne, celui-ci variant en fonction du degré de technicité des services concernés. Ainsi, certains professionnels jugent l'impact de la démarche minime voire nul, tandis que d'autres l'associent systématiquement à une surcharge de travail et à une dégradation des modes de coopération au sein de leurs équipes. Seule une partie des professionnels considère que la démarche participe à l'amélioration de la qualité des soins, notamment sur le plan de la relation au patient. Cependant, le décalage qui existe entre cette conception de la qualité (centrée sur la prise en charge globale du patient) et celle véhiculée par l'accréditation (centrée sur les résultats) peut être repéré comme une source d'insatisfaction au travail. Au final, l'introduction des démarches qualité semble avoir eu des impacts très différents en fonction de plusieurs facteurs : le contexte organisationnel, la conduite de la démarche et l'appropriation de celle-ci. Ces effets apparaissent assez largement ambivalents et incertains chez les professionnels interrogés.

Introduction

Le présent rapport expose les résultats d'une post-enquête sur la souffrance au travail des personnels paramédicaux menée dans le prolongement de l'enquête générale sur les conditions de travail dans les établissements de santé pilotée par la Drees. L'objectif de ces post-enquêtes était double :

- étudier d'éventuelles distorsions entre le sens des questions pour le statisticien et l'enquêté ;
- approfondir certains aspects des conditions de travail, dans l'optique notamment de proposer de nouveaux questionnements pour une prochaine enquête.

L'équipe de l'Université de Bretagne occidentale a choisi de s'intéresser à l'évolution récente des modes de production des soins et des exigences procédurales imposées par l'accréditation sur les soignants paramédicaux des établissements de santé. Les effets constatés de ces nouvelles contraintes organisationnelles concernent principalement l'éclatement des collectifs de travail, l'affaiblissement des modes de coopération au sein des équipes et l'individualisation des normes et des valeurs professionnelles. Face à ces conséquences, les professionnels élaborent de nouvelles formes d'intervention auprès du patient et reconstruisent leurs modes de coopération. Ceci nous conduit à considérer le rapport au travail comme la résultante d'une interaction complexe entre l'environnement institutionnel et les professionnels, et non comme une simple relation de dépendance. Une attention particulière a été accordée aux comportements individuels et collectifs qui préservent une certaine autonomie d'action aux membres des équipes soignantes. En outre, nous nous sommes interrogés sur le déclin des collectifs de travail, voire leur effondrement dans ces nouveaux contextes. Enfin, l'ensemble de ces analyses nous amène à souligner les conséquences paradoxales de la démarche qualité et de la procédure d'accréditation, et en particulier certaines situations dans lesquelles les professionnels expriment une forme de souffrance.

Cette post-enquête qualitative privilégie la dimension subjective de l'activité soignante afin de compléter l'analyse statistique produite par la Drees.

Le rapport est organisé de la manière suivante. Les trois premières parties exposeront respectivement la problématique de l'étude, la méthodologie adoptée et la recherche bibliographique exploratoire (recension de données issues de la littérature sur l'accréditation et la qualité en milieu hospitalier et industriel). Les deux dernières parties présentent les résultats de notre analyse, la première centrée sur le test du questionnaire et la seconde sur l'exploitation des 24 entretiens recueillis dans le cadre de cette post-enquête.

Première partie - Problématique de l'étude

Les recherches menées précédemment par les membres de l'équipe ont mis en évidence un certain nombre d'effets sur la santé mentale et physique de l'évolution récente des modes de production des soins et des exigences procédurales imposées par l'accréditation sur les soignants paramédicaux des établissements hospitaliers¹. L'équipe se propose de poursuivre et d'approfondir ces premiers résultats dans le cadre de la post-enquête « conditions de travail et organisation du travail dans les établissements de santé ».

1. Le contexte de l'étude

1-1. L'évolution du cadre réglementaire de l'activité hospitalière

Après la seconde guerre mondiale, l'hôpital public français connaît une période d'euphorie financière et d'explosion de ses effectifs. Dans ce contexte, la loi du 31 décembre 1970 pose le cadre général et les bases d'une rationalisation pour enrayer l'évolution inflationniste du système hospitalier français. La restructuration hospitalière doit alors relever le défi de la complémentarité des structures pour proposer à tous une offre de soins sécurisés, de qualité et de moindre coût pour la collectivité.

À partir du milieu des années 1980, avec la mise en place du budget global, les dépenses hospitalières ont fait l'objet d'une tentative de maîtrise accrue qui s'est traduite, entre autres, par un effort de rationalisation de l'offre de soins². L'effet le plus visible a été la réduction de la durée de séjours des malades hospitalisés. L'objectif principal de cet effort de rationalisation était de parvenir à un meilleur chiffrage des « coûts de production » des soins afin d'envisager un financement adapté à travers le « Programme de médicalisation des systèmes d'information³ » (PMSI).

S'inscrivant dans cette continuité, les ordonnances du printemps 1996 – dites ordonnances « Juppé » – imposent aux établissements de santé français publics et privés l'obligation de développer une politique interne d'évaluation en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des prestations servies par l'établissement. L'existence et l'efficacité d'une telle politique intra-hospitalière sont vérifiées par la procédure externe d'accréditation des établissements menée par l'Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé (ANAES).

¹ F. DOUGUET (2000), « La carrière au fil de l'avance en âge des femmes soignantes du secteur hospitalier » in *Construction sociale du parcours des âges, les temps de travail, de formation et de retraite* (Dir. S. Pennec et F. Le Borgne-Uguen), Recherche UBO/ARS, Programme CNRS – Santé Société – « Vieillesse individuelle et sociale », Vol. I, pp. 5-130 ; D. LEBOUL, F. DOUGUET, (2002), *Rapport à l'issue de la médiation dans le service de réanimation chirurgicale. CHU La cavale Blanche, Brest.*

² M. LORLIOL (2002), *L'impossible politique de santé publique en France*, Ramonville, Erès, (coll. Action santé) ; M. LORLIOL (2004), « Accréditation, protocolisation et évolutions du travail soignant », *L'individu social : autres réalités, autre sociologie*, XVIIème congrès international des sociologues de langue française, Tours, 5-9 juillet 2004, pp. 225-232.

³ L'objectif du PMSI était de calculer un coût moyen par catégories comparables de pathologies traitées à l'hôpital.

Récemment, les missions de l'ANAES ont été reprises par la Haute autorité de santé publique. Créée dans le cadre de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, la Haute autorité de santé assure les missions suivantes :

- Évaluer et hiérarchiser les services attendus ou rendus des actes professionnels, des prestations et produits de santé tels que les dispositifs médicaux et les médicaments.
- Contribuer, par son expertise médicale et de santé publique, au bien-fondé et à la pertinence des décisions dans le domaine du remboursement, notamment sur les conditions particulières de prise en charge des soins pour les affections de longue durée.
- Établir et mettre en œuvre la certification des établissements de santé.
- Établir et mettre en œuvre l'évaluation des pratiques professionnelles et l'accréditation des professionnels et des équipes médicales.
- Veiller à la diffusion des référentiels de bonne pratique et de bon usage des soins auprès des médecins et des paramédicaux et à l'information des professionnels et du public dans ces domaines.

En outre, la loi du 13 août 2004 a également introduit un changement de vocable : la « certification » remplace l'« accréditation » auparavant utilisé pour les établissements de santé. Le terme « accréditation » est désormais réservé à l'accréditation des médecins et des équipes médicales. Au-delà de ce changement de terminologie, la procédure et son objectif restent les mêmes : évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés par les établissements de santé publics et privés, cette évaluation portant sur l'ensemble des prestations délivrées, par services ou par activités, en tenant compte notamment de l'organisation interne de l'établissement et de la satisfaction des patients. La Haute autorité de santé organise, met en œuvre et délivre les certifications. Cette évolution du vocable fait référence au mouvement de certification et de normalisation dans le secteur industriel. Nous verrons ultérieurement les parallèles que nous pouvons effectuer entre ces deux démarches.

Les données présentées tout au long de ce rapport ayant été recueillies antérieurement à la création de la Haute autorité de santé publique, il ne sera fait référence qu'à l'ANAES et au terme « accréditation » pour évoquer la procédure pour les établissements de santé.

1-2. Les transformations des modes de gestion et d'organisation de l'hôpital

Parallèlement à ces évolutions réglementaires, de nouveaux modèles de gestion et d'organisation du travail hospitalier émergent.

Partant du principe selon lequel la non-qualité génère des coûts inutiles, la notion d'assurance qualité, développée initialement dans le monde industriel, a été reprise. Le parcours du patient hospitalisé, de son entrée à sa sortie de l'établissement est modélisé comme un processus constitué d'étapes successives. Pour chacune de ces étapes, il s'agit de maîtriser les risques de non qualité.

En théorie, il suffit de prévoir ce qui doit être fait, de définir par qui et comment cela doit être fait, de faire ce qui est prévu, de vérifier que ce qui était prévu a été fait et de traiter les anomalies de fonctionnement éventuellement rencontrées. Ce modèle d'organisation permet de garantir une amélioration continue de la qualité et de la sécurité des pratiques.

Ainsi, c'est tout un travail de formalisation des actes médicaux et infirmiers qui a été entrepris dès les années 1980 afin de définir, à côté des normes comptables, des normes de qualité permettant d'évaluer les prestations d'un établissement ou d'un service en vue de son accréditation. Dans ces nouvelles conditions, le travail soignant commence à être codifié et à être traduit en procédures dont le respect peut faire l'objet de traces écrites pour les rendre contrôlables, aussi bien d'un point de vue quantitatif, que qualitatif. La politique d'amélioration de la qualité impulsée par les ordonnances de 1996 va contribuer à renforcer ces attentes et ces exigences à l'égard des soignants. En réalité, les ordonnances de 1996 s'inscrivent dans un mouvement plus large qui a lieu dans les services publics en France et qui vise à reconfigurer les relations entre les usagers des services publics et les agents de l'État. Certes, ces démarches se mettent en place pour contribuer à l'amélioration du service, mais également en réponse à une attente de plus en plus forte de la part des usagers. Ce double mouvement, d'introduction de la figure de l'utilisateur dans les politiques publiques d'une part et d'évolution des attentes des usagers d'autre part, se concrétise par la mise en place des ordonnances dans un contexte de maîtrise de dépenses⁴.

2. Les effets perçus de la mise en pratique des exigences procédurales

Les pages suivantes font état des hypothèses de l'étude. Ces dernières se fondent sur des constats et des conclusions qui ont pu être dégagés dans le cadre de recherches menées antérieurement sur des thématiques proches.

2-1. Les aspects positifs perçus par les professionnels

2-1-1. L'impulsion d'une cohésion au travail

De l'avis du politique, le thème de la qualité et de la sécurité des soins hospitaliers doit avoir un rôle fédérateur, permettant aux différents personnels de se rassembler autour d'une mission commune. En ce sens, les acteurs cherchent effectivement à prendre du recul par rapport à leurs activités respectives afin de fédérer leurs efforts autour d'une perspective commune : l'amélioration de la qualité. Le travail collectif autour de ces procédures de qualité peut alors être source de satisfaction, de valorisation et d'identification à la communauté de travail. Ainsi, « la démarche en vue de la qualité se situe dans une région intermédiaire car ici c'est l'ensemble de la collectivité hospitalière qui est amenée à formuler ses appréciations, le fondement de l'action étant issu démocratiquement d'un ensemble de personnes en concertation, ce qui enclenche de nouvelles dynamiques, mais aussi de nouvelles interrogations⁵ ».

De plus, les procédures d'évaluation invitent chacun à se remettre en question, à ne pas s'enfermer dans ses certitudes en se situant par rapport aux autres professionnels. En effet, l'introduction d'éléments d'obligation en vue d'une plus grande efficacité rend nécessaire la mise en place de règles de fonctionnement dans le travail en commun. Cette démarche permet de stimuler la participation active et l'implication de chacun des membres de l'équipe.

⁴ Pour un regard sur les rapports entre les pouvoirs publics et l'utilisateur on peut consulter, G. JEANNOT (1998), *Les usagers des services publics*, Paris, Ed. Puf, (Coll. « Que sais-je ? »), 128 p.

⁵ J.-J. KRESS (1999), « Réflexions sur la démarche en vue de la qualité : quelle pensée pour organiser l'action ? » in *La lettre de psychiatrie française*, n° 88, pp. 19-20.

2-1-2. La production d'un travail standardisé, donc de qualité

En outre, la standardisation des tâches résultant des nouveaux modes de gestion et d'organisation de l'hôpital peut présenter un caractère rassurant pour les travailleurs. Pour accroître la rapidité et l'efficacité de ses agents, l'hôpital a développé un certain nombre de mesures conduisant à l'émergence d'un travail relativement formalisé, sous la forme de protocoles, de normes de travail, de référentiels ou encore de fiches de poste. Ce processus de normalisation des tâches contribue à réduire l'angoisse des soignants (notamment des débutants) face à l'exécution de certains actes, en même temps qu'elle les aide à produire un travail de qualité qui sera en retour source de satisfaction et de plaisir⁶.

2-2. Les aspects négatifs perçus par les professionnels

Au-delà des effets ressentis positivement par les travailleurs, il apparaît que certaines difficultés émergent vis-à-vis du modèle normatif proposé par l'institution. La politique d'amélioration continue de la qualité des pratiques hospitalières suscite un certain nombre de réticences exprimées par les professionnels, qui témoignent des tensions qui existent entre la visée politique et les pratiques de terrain.

2-2-1. Une obligation réglementaire sans lien avec la réalité de l'activité

Aussi, la politique interne de qualité est-elle diversement reçue par les agents. Certaines réticences peuvent même être exprimées. Ainsi, pour les praticiens hospitaliers exerçant en CHU, la mise en place du modèle d'assurance qualité au sein de l'institution apparaît comme une intervention administrative s'inscrivant dans le strict cadre d'une obligation réglementaire, qui ne tient pas compte des pratiques médicales réelles quotidiennes⁷.

Pour de nombreux personnels paramédicaux, les nouveaux modes d'organisation du travail constituent également des contraintes supplémentaires qui pèsent sur l'activité quotidienne et qui contribuent parfois à l'absence de reconnaissance, voire à la dévalorisation du travail réellement produit par l'individu.

2-2-2. L'émiettement du travail et l'individualisation des normes et des valeurs

D'autre part, la démarche en vue de la qualité et en particulier les référentiels, qui recensent les actes sous la forme d'une succession de tâches (protocoles par exemple) produisent une réaction de défense qui traduit la crainte « de la discontinuité, de la perte de sens, de contextualité, d'intelligibilité de l'action et peut-être de la disparition du style propre à chacun, ou à chaque équipe dans l'effectuation des tâches⁸ ».

⁶ F. DOUGUET (2000), « La carrière au fil de l'avance en âge des femmes soignantes du secteur hospitalier » in *Construction sociale du parcours des âges, les temps de travail, de formation et de retraite* (Dir. S. Pennec et F. Le Borgne-Uguen), Recherche UBO/ARS, Programme CNRS – Santé Société – « Vieillesse individuelle et sociale », Vol. I, pp. 5-130.

⁷ F. DOUGUET (2000), « La carrière au fil de l'avance en âge des femmes soignantes du secteur hospitalier » in *Construction sociale du parcours des âges, les temps de travail, de formation et de retraite* (Dir. S. Pennec et F. Le Borgne-Uguen), Recherche UBO/ARS, Programme CNRS – Santé Société – « Vieillesse individuelle et sociale », Vol. I, pp. 5-130.

⁸ J.-J. KRESS (1999), « Réflexions sur la démarche en vue de la qualité : quelle pensée pour organiser l'action ? » in *La lettre de psychiatrie française*, n° 88, pp. 19-20.

Sur ce point, les professionnels du soin rencontrés lors d'études antérieures soulignent bien l'absence de continuité et de cohérence dans leur travail. Ils éprouvent alors des difficultés à donner un sens à leur activité (pourquoi ?) et à considérer le malade « dans sa globalité ». Dans ce contexte, l'évaluation du travail produit relève d'une estimation subjective, individuelle et spontanée qui fait dire que « son » travail est bien fait. De la même façon, l'absence de valeurs collectives fédératives fait que chacun peut agir selon sa « conscience personnelle » et sa « bonne volonté ». Cette individualisation des valeurs constitue un frein important à la régulation et à la reconnaissance du travail par le collectif⁹.

2-2-3. L'affaiblissement des modes de coopération et l'éclatement des équipes

Comme les tâches, les fonctions des agents qui les exécutent ont aussi tendance à être très clairement définies. Les rôles des différents agents sont strictement prévus par l'organisation hospitalière. Or, cet accroissement de la division formalisée du travail soignant tend à réduire les possibilités de coopérations, notamment inter catégorielles, au sein des équipes. Par exemple, les aides soignantes que nous avons interrogées signalent qu'il y a quelques années encore, elles pouvaient réaliser des actes qui relevaient *a priori* des compétences strictement infirmières. Ces gestes étaient menés sous la responsabilité d'une collègue infirmière, et avec la confiance de celle-ci (qui connaissait relativement bien les capacités et les limites de l'aide-soignante avec qui elle coopérait régulièrement). Ce type de collaboration, désigné sous l'expression « binôme infirmière/aide-soignante » constituait une importante source de valorisation pour l'aide-soignante : glissement d'un travail de nursing vers un travail plus technique¹⁰. Or, les procédures de définition précise des attributions infirmières et aides soignantes ont mis un frein à ces pratiques. Ainsi, nous avons pu noter que malgré la camaraderie affichée dans certains services spécialisés, il existait une forte hiérarchisation des membres de l'équipe selon leur ancienneté dans le service, leur niveau de diplôme et de formation par exemple¹¹.

2-2-4. La détérioration de la qualité des soins et de la relation soignant-soigné

Dans les conditions de travail « à flux tendu » imposées par les nouveaux modes d'organisation, les travailleurs n'ont plus la conviction de bien faire leur travail, voire doutent de sa qualité tant sur le plan relationnel que technique. Ainsi, les soignantes d'un service précédemment étudié dressent-elles le constat d'un manque de rigueur dans la réalisation des tâches techniques et d'un « travail bâclé » bien souvent¹².

Enfin, la montée des exigences réglementaires tenant à l'information du malade et/ou à son consentement éclairé tend à engendrer une dégradation des relations soignants-soignés. Dans ce contexte, le patient et sa famille se font plus exigeants (« le client est roi »). En outre, la contrainte de service résultant de ces usagers devenus « clients » s'exerce également sur les

⁹ D. LEBOUL, F. DOUGUET (2002), *Rapport à l'issue de la médiation dans le service de réanimation chirurgicale. CHU La cavale Blanche, Brest.*

¹⁰ F. DOUGUET (2000), « La carrière au fil de l'avance en âge des femmes soignantes du secteur hospitalier » in *Construction sociale du parcours des âges, les temps de travail, de formation et de retraite* (Dir. S. Pennec et F. Le Borgne-Uguen), Recherche UBO/ARS, Programme CNRS – Santé Société – « Vieillesse individuelle et sociétal », Vol. I, pp. 5-130.

¹¹ D. LEBOUL, F. DOUGUET (2002), *Rapport à l'issue de la médiation dans le service de réanimation chirurgicale. CHU La cavale Blanche, Brest.*

¹² Idem.

actes thérapeutiques. Mieux informé, le patient ne reçoit plus passivement les soins, il peut les discuter et les négocier, rendant ainsi leur exécution plus difficile pour les professionnels¹³.

Au final, ces quelques exemples mettent à jour la souffrance des professionnels par rapport à l'activité engendrée par les effets de la transformation des modes de production des soins hospitaliers. Face à ces premiers constats, les chercheurs de l'équipe brestoise ont choisi de s'interroger plus précisément sur les conséquences paradoxales de la démarche qualité, des procédures d'accréditation et des lois relatives à l'accès aux soins et au droit du patient.

3. La reconstruction du rapport au travail dans ces nouveaux contextes organisationnels

Si les effets engendrés par les transformations dans l'organisation du travail apparaissent occuper une place importante, ces derniers ne doivent pas occulter les processus d'ajustements déployés par les professionnels. En effet, les professionnels ne subissent pas passivement les modifications organisationnelles, mais interprètent au contraire les nouvelles règles sociales de fonctionnement.

3-1. Les adaptations mises en place par les acteurs

Ainsi, si dans un premier temps nous pouvons cerner les nouvelles contraintes organisationnelles concernant l'éclatement des collectifs de travail, l'affaiblissement des modes de coopération au sein des équipes et l'individualisation des normes et des valeurs professionnelles, dans un second temps nous pouvons observer une reconstruction du rapport au travail. Celui-ci invite à considérer autrement le rapport au travail, au-delà d'une simple relation de « *dépendance* » entre l'environnement et le professionnel. Il existe une interaction plus fine entre l'environnement et le professionnel. Dans cette optique, nous proposons de reprendre la notion « d'adaptation » développée par E. GOFFMAN¹⁴. Plus précisément, le sociologue fait la distinction entre les adaptations primaires et les adaptations secondaires : les premières étant la partie « visible » de l'ajustement à l'environnement, alors que les secondes sont celles que l'acteur crée par rapport au rôle prévu par l'institution.

Ces éléments d'analyse sociologique peuvent être complétés par des éléments issus des travaux de la psychodynamique du travail¹⁵.

3-2. Travail prescrit, travail réel

L'expérience au travail tient à la différence, mise en évidence par l'ergonomie, entre travail « prescrit » et travail « réel ». En effet, dans le travail tout n'est pas prévu et tout ne peut être prévu. En d'autres termes, même dans les travaux les plus simples, le travail n'est jamais qu'une simple exécution : il faut l'interpréter, improviser, ruser, imaginer. Le travail

¹³ F. DOUGUET (2000), « La carrière au fil de l'avance en âge des femmes soignantes du secteur hospitalier » in *Construction sociale du parcours des âges, les temps de travail, de formation et de retraite* (Dir. S. Pennec et F. Le Borgne-Uguen), Recherche UBO/ARS, Programme CNRS – Santé Société – « Vieillesse individuelle et sociale », Vol. I, pp. 5-130.

¹⁴ Erving GOFFMAN (1968), *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Les éditions de Minuit, coll. Le sens commun.

¹⁵ Le lecteur pourra trouver en annexe une présentation détaillée de cette approche.

comporte donc une dimension de création qui en fait une source potentielle de plaisir. Cependant, lorsque le travail devient routine et répétition par exemple, cette fonction de plaisir peut s'épuiser et engendrer de l'inquiétude, de l'incertitude, voire de la souffrance. Dans certaines conditions, ce second aspect de l'expérience du travail peut devenir dominant. Mais, il faut bien comprendre que l'expérience du travail comporte cette dimension de souffrance irréductible, ainsi il n'y a pas réellement de travail sans souffrance. Toute la difficulté réside dans la construction d'un équilibre entre plaisir et souffrance qui permette, voire soutienne le cheminement des hommes. Cette difficulté, c'est celle de l'organisation du travail. L'équilibre entre plaisir et souffrance au travail dépend de la nature du lien construit entre l'organisation prescrite et l'organisation réelle, entre la conception du travail et l'expérience du travail, entre la hiérarchie et les agents.

Or, Philippe DAVEZIES souligne que le travail prescrit tend à devenir dominant dans le milieu hospitalier. Toutefois, l'auteur précise bien que « l'évolution positive de ce mouvement, c'est l'invention des solutions personnelles, des tours de mains sans lesquels les objectifs ne pourraient être atteints ». Ainsi par exemple, dans nos recherches précédentes nous avons pu relever que tous les agents ne respectent pas forcément les règles prescrites en matière de division des tâches entre aides soignantes et infirmières, une redistribution informelle des attributions s'opère, rendant ainsi possible la coopération inter catégorielle au sein des équipes. Les soignants ne se contentent pas « d'exécuter » le travail prévu, ils sont également capables de l'investir, de le réinterpréter pour créer leur propre travail dans la réalité et l'articuler au plan collectif. Effectivement, lorsqu'elles sont partagées par les pairs, ces innovations individuelles contribuent à enrichir le fonctionnement collectif. La reconnaissance par la hiérarchie passe alors par l'adaptation de l'organisation du travail à cette nouvelle dimension de l'activité.

Deuxième partie - Méthodologie de l'étude

Dans cette seconde partie du rapport, nous rendons compte de la méthodologie mise en œuvre dans le cadre de cette étude. Celle-ci est exposée chronologiquement ; notre travail s'étant organisé autour de trois étapes successives : une phase exploratoire, une phase de recueil du matériau et une phase d'analyse des données.

1. La phase exploratoire

1-1. L'exploitation bibliographique

Au cours de la phase exploratoire, l'équipe a mené une recherche bibliographique dont l'objectif principal était d'approfondir la connaissance des modalités actuelles de l'organisation du travail à l'hôpital sur la base d'une exploitation des travaux les plus récents ayant trait à cette question. La bibliographie exploratoire était structurée autour des cinq thématiques suivantes :

1. L'accréditation et la démarche qualité dans les services hospitaliers de soins.
2. L'accréditation, la démarche qualité et l'évaluation des performances dans les établissements de santé.
3. L'organisation du travail de soins et les conditions de travail des personnels soignants.
4. Travail et santé, les risques et la gestion des risques à l'hôpital.
5. La souffrance au travail des personnels hospitaliers appréhendée à partir des apports de la psychodynamique du travail, de l'ergonomie et de l'épidémiologie.

1-2. Le test du questionnaire

Au cours de cette même étape, l'équipe a repris les deux premières parties du questionnaire « conditions de travail » diffusé auprès d'actifs des établissements de santé afin de les tester auprès de personnels soignants hospitaliers recrutés localement (cf. résultats détaillés dans la partie suivante). Plus précisément, ce test a été mené auprès de 12 soignants n'appartenant pas à l'échantillon de l'enquête statistique de la Drees, dont : 6 infirmiers diplômés d'État en soins généraux et 6 aides soignants. Dans la mesure du possible, nous avons sélectionné des professionnels ayant au moins dix années d'expérience professionnelle, compte tenu des réformes intervenues dans le secteur de la santé au cours de ces dernières années.

L'objectif de ce test était double. D'une part, il s'agissait de mettre à jour les éventuelles distorsions de sens, les décalages entre la formulation des questions et leur compréhension par les enquêtés. D'autre part, il s'agissait de dégager les éléments thématiques à retenir pour l'élaboration du guide d'entretien semi-directif qui constituerait le support du recueil de données mené au cours de la seconde phase de travail.

En lien avec notre questionnement de départ portant sur les effets des nouvelles formes d'organisation du travail de soins, nous avons réalisé ce test au CHU de Brest, dans la mesure où il était, à ce moment, l'unique établissement de santé accrédité à l'échelle du département. En outre, nous avons retenu six services très diversifiés, tant au regard de leurs spécialités (des plus techniques aux plus généralistes), des publics qui y sont pris en charge (des adultes

atteints de pathologies létales ou moins graves, des personnes âgées, etc.) que de leurs modes de fonctionnement (services caractérisés de « lents », de « rapides » ou encore « d’actifs ») :

1. Hémodialyse
2. Réanimation chirurgicale
3. Cancérologie
4. Pneumologie
5. Médecine interne
6. Long séjour

Dans chacun de ces services, nous avons souhaité interroger deux soignants (AS et IDE).

2. La phase de recueil de données par entretiens

2-1. Objectifs des entretiens

Par rapport à l’approche quantitative, l’étude qualitative complémentaire avait pour finalité de saisir dans le discours des professionnels les aspects subjectifs des effets tant positifs que négatifs de la transformation des modes de production et par là même de rendre compte des compromis quotidiens réalisés par les professionnels qui se trouvent tiraillés entre une contrainte de production et une contrainte professionnelle. Lors de la phase de test du questionnaire, nous avons en effet pu constater que les enquêtés avaient tendance à éviter d’évoquer les aspects les plus subjectifs de leur travail. Cet évitement se traduisant alors par une représentation consensuelle et idéalisée du travail à l’hôpital, en particulier dans les services de soins.

2-2. Définition de la population

L’étude proposée cherche à rendre compte de l’impact des changements introduits dans les modes d’organisation du travail soignant au sein des établissements de santé. Ces effets sont saisis du point de vue des professionnels paramédicaux, qui sur le plan statistique sont majoritaires dans le milieu hospitalier.

Dans cette perspective, les chercheurs ont choisi d’interroger 24 personnels soignants, dont 12 infirmiers [strate libellée personnel soignant PI dans l’enquête par questionnaire sur les conditions et l’organisation du travail menée auprès de 5 000 actifs des établissements de santé] et 12 aides soignants [strate libellée personnel soignant employés].

2-3. Mode d’échantillonnage retenu

Le mode d’échantillonnage retenu pour cette étude repose sur les 6 critères suivants (les trois premiers concernant les enquêtés et les trois derniers les établissements de santé au sein desquels ils exercent leurs fonctions) :

- **Sexe** : cette variable n’a pas été retenue ici. Cependant, la forte sur-représentation des femmes dans les métiers du soin fait que ces dernières sont également sur-représentées

dans l'échantillon final¹⁶. Toutefois, nous n'avons pas visé un échantillon représentatif au regard de ce critère (les proportions d'hommes et de femmes ne seront donc pas exactement identiques à celles constatées dans la population générale).

- **Ancienneté dans le métier** : nous avons choisi d'interroger des professionnels exerçant leurs fonctions depuis au moins dix années. Cette option se justifie au regard des réformes intervenues dans le secteur de la santé au cours de ces dernières années¹⁷, changements dont nous cherchons à saisir les effets sur le travail.
- **Diplôme** : nous avons exclu de notre échantillon les infirmières titulaires d'un diplôme de spécialité, c'est-à-dire les infirmières IBODE (infirmières de bloc opératoire), les infirmières IADE (anesthésistes), les infirmières puéricultrices et les infirmières titulaires du DE en psychiatrie¹⁸. Le contenu du travail et les lieux d'exercice propres à ces formations spécialisées nous ont semblé trop spécifiques en comparaison aux conditions générales de travail des soignants que nous souhaitons mettre en évidence. Les aides soignantes ne sont pas concernées par cette modalité de sélection (diplôme unique).
- **Établissement de santé** : à la différence de l'enquête par questionnaire, nous n'avons pas retenu ici le critère lié au statut juridique des établissements, les soignants que nous avons interrogés pouvant exercer indifféremment au sein d'établissements publics, privés à but non lucratif et privés à but lucratif. Par contre, il a été décidé d'enquêter auprès de professionnels exerçant exclusivement au sein d'établissements accrédités¹⁹ dans le cadre de la procédure menée par l'ANAES. Ceci se justifie par le fait qu'une partie de notre guide d'entretien porte sur les représentations et les pratiques des personnels vis-à-vis de cette démarche, ainsi que sur l'évolution de leur rapport au travail au fil de la démarche d'évaluation.
- **Service** : en dehors des services du secteur psychiatrique que nous avons écartés du fait de leur forte particularité, nous avons opté pour des services diversifiés, tant au regard de leurs spécialités (des plus pointues aux plus généralistes), de leurs publics (adultes atteints de pathologies létales ou moins graves, personnes âgées, enfants, etc.), des soins produits (à dominante « relationnelle » ou « médico-technique ») que de leurs modes de fonctionnement (services caractérisés de « lents », de « rapides » ou encore « d'actifs »). Nous avons cherché à atteindre une proportion sensiblement équivalente de services spécialisés et de services généralistes dans l'objectif de tester l'hypothèse selon laquelle le rapport au travail et à la qualité des soins serait dépendant du type de service au sein duquel exerce le soignant.

¹⁶ D'ailleurs, nous employons plus volontiers le féminin pour désigner cette population.

¹⁷ Ainsi, l'exigence de qualité des soins infirmiers s'inscrit dans la démarche plus globale d'amélioration de la qualité des soins délivrés dans les établissements de santé et répond plus spécifiquement aux dispositions des articles 710-3 et 710-4 de la loi portant sur la réforme hospitalière du 31 juillet 1991 et aux ordonnances du 24 avril 1996.

¹⁸ Le DE d'infirmier de secteur psychiatrique a été supprimé en 1992. Cependant, au vu de leur ancienneté (égale ou supérieure à 10 ans), les infirmières interviewées ont connu cette double filière de formation (générale et « psy »).

¹⁹ Les établissements sélectionnés sont ceux dont les comptes-rendus d'accréditation étaient mis en ligne sur le site Internet de l'ANAES au 12-09-2003, donc les établissements ayant été accrédités avant cette même date.

- **Répartition géographique** : les professionnels interrogés résident pour moitié en région parisienne, et pour l'autre moitié en Province, dans le Grand-Ouest du pays. Cette option se justifie au regard d'un projet de comparaison entre les données recueillies en Île-de-France et en Province.

Le tableau suivant propose une synthèse des options d'échantillonnage retenues par l'équipe de recherche :

Variables	Modalités retenues
Sexe	Hommes et femmes
Ancienneté	Supérieure ou égale à 10 ans
Diplôme	DE généraliste pour les infirmières
Etablissements	Accrédité (statut juridique non déterminant)
Services	Spécialisés et généralistes (hors secteur psychiatrique)
Lieux	Paris, Île-de-France et grand « Ouest » (Bretagne et régions voisines)

2-4. L'échantillon initial

L'échantillon initialement retenu comprenait 32 individus. Afin d'anticiper les éventuels refus de participation ou impossibilités de participation aux entretiens, le nombre de personnes sélectionnées était supérieur au nombre de personnes à interroger (24). Nous avons pensé que cette précaution serait suffisante pour nous dispenser d'une nouvelle sélection d'enquêtés dans le cas où plusieurs personnes auraient été dans l'impossibilité de rencontrer les chercheurs (nous verrons plus loin que cela n'a pas été le cas).

L'échantillon comprend 15 aides soignantes et 17 infirmières. Conformément à ce que nous envisagions, les femmes sont sur-représentées dans l'échantillon (27 femmes sur un total de 32). Les 5 hommes sélectionnés exercent leurs fonctions dans les deux métiers (2 infirmiers et 3 aides soignants).

L'âge des enquêtés s'étend de 32 ans à 61 ans. Par ordre d'importance, les classes d'âge les plus représentées sont celles des quadragénaires (12), des trentenaires (10) et des quinquagénaires (9). L'absence de professionnels âgés de moins de 30 ans s'explique par le choix de retenir de manière exclusive des personnes exerçant depuis au moins 10 années. L'amplitude de l'ancienneté est relativement importante puisqu'elle s'étend de 10 ans à 37 ans. La moitié de l'échantillon exerce depuis une vingtaine d'années.

Par ordre d'importance, les types d'établissements les plus représentés sont les centres hospitaliers – généraux, universitaires et régionaux – (11), les établissements de l'Assistance Publique et des Hôpitaux de Paris (9), les établissements mutualistes (4), les centres de lutte contre le cancer (3), les cliniques (2) et les associations (2) et une fondation. Toutes les structures représentées sont accréditées par l'ANAES.

Les services et/ou secteurs d'exercice relèvent pour la moitié d'entre eux des soins médico-techniques (15) : chirurgie, urgences, réanimations ; et pour l'autre moitié des soins plus généraux (17) : médecine, gériatrie, maternité.

La moitié de la population sélectionnée travaille dans le Grand-Ouest de la France (17) et plus particulièrement en Bretagne (10) ; l'autre moitié est originaire de la région francilienne : 13 de Paris et les 2 autres de départements limitrophes.

2-5. Le guide d'entretien

Nous avons choisi de centrer notre guide d'entretien sur la thématique relative à la qualité du travail. Conformément aux instructions de la Drees, le guide d'entretien semi-directif utilisé s'inspire largement du questionnaire « Conditions de travail ». Ainsi, la construction du guide d'entretien semi-directif (cf. encadré suivant) repose sur une articulation entre les questions présentées dans la deuxième partie « votre travail » du questionnaire et les nouvelles questions élaborées par notre équipe à partir du test de ce même questionnaire (cf. phase exploratoire p. 16).

Par ailleurs, nous avons testé le guide d'entretien ainsi obtenu auprès de trois personnels du CHU de Brest (établissement retenu pour une simple raison de proximité géographique). Ce test visait à vérifier la logique de l'ordre des questions (plan du guide) ainsi que leur compréhension par les enquêtés (l'accessibilité du langage utilisé par exemple). A l'issue du test, nous avons procédé à quelques ajustements mineurs du guide d'entretien. Par la suite, cette version définitive a été utilisée de manière systématique pour recueillir le corpus de 24 entretiens.

Guide d'entretien

I) TRAJECTOIRE DU SOIGNANT

Consigne inaugurale : faire décrire brièvement à la personne sa carrière de l'obtention du diplôme jusqu'à l'entrée dans le service actuel.

II) SON TRAVAIL

Présentation de son service : spécialité, population accueillie, composition de l'équipe, mode de fonctionnement, etc.

Description de son activité :

- Organisation prescrite : le contenu des tâches et les moyens matériels pour les réaliser ; la planification des tâches.
- Organisation réelle du travail : les règles pratiques, les valeurs, les rapports sociaux –la coordination, la transmission, les coopérations et les apprentissages–, les conflits, les résistances et les modalités défensives.
- Rapport subjectif au travail : plaisir et souffrance par rapport à cette activité : aspects positifs et négatifs ; qu'est-ce qui est facile et/ou difficile ? Les compétences et la reconnaissance des compétences.
- *Reprise de la question n° 21 sur l'autorité : avez-vous un ou plusieurs salariés sous vos ordres ? Si oui : salaires, primes, promotion ; évaluation ; horaires ; répartition du travail dépendent-ils de vous ?*
- Reprise de la question n° 46 sur le glissement des tâches : vous arrive-t-il d'effectuer des tâches qui ne relèvent pas de votre compétence ? Si oui, relèvent-elles d'un emploi plus qualifié ; moins qualifié ; ou d'un autre emploi.
- *Reprise de la question n° 19 sur la polyvalence : occupez-vous différents postes ou fonctions (rotation régulière, pool remplacement, en fonction des besoins) ? Si oui, est-ce mieux, moins bien ou sans effet du point de vue de l'intérêt du travail, de vos compétences ; de la charge de travail ; des résultats du travail.*

III) DÉFINITION ET INTERPRÉTATION DE LA QUALITÉ PAR LE PROFESSIONNEL : COMMENT LA QUALITÉ DU TRAVAIL EST-ELLE DÉFINIE PAR LE PROFESSIONNEL ?

* d'un point de vue objectif :

Comment la qualité du travail est-elle présentée : référentiels, protocoles....

Reprise de la question n° 29 : Pour vous indiquer ce que vous devez faire ou la façon de procéder, les consignes importantes vous sont-elles données : de vive voix, par écrit ?

- Comment les consignes sont-elles respectées ou pas ?

* d'un point de vue subjectif :

- Comment la qualité et la non-qualité du travail sont-elles vécues ? Pertinence et sens des outils de la qualité ?
- La construction collective du rapport à la qualité
- La définition des règles de travail dont :

Les échanges d'informations : les formes d'échanges, le contenu des échanges

Le rapport à l'écrit

Les délégations

Comment la qualité est-elle reconnue ? : jugements sur les compétences, par qui (hiérarchie, pairs, public), sur quels critères ?

IV) APPROPRIATION DE LA DÉMARCHE D'ACCREDITATION ET SES CONSÉQUENCES SUR L'ORGANISATION DU TRAVAIL

LA DÉMARCHE D'ACCREDITATION

- Comment l'enquête définit-il l'accréditation ? (Qu'est-ce que cette démarche ? A quoi sert-elle ?)
- A-t-il été formé à l'accréditation : formation initiale, continue ...
- A-t-il participé ou non à la démarche ? Comment ? (Groupe de travail, rédaction protocoles...), Quand ? Pourquoi ? (Obligation, volontariat) ?
- Quels sont les documents produits et écrits ?
- Comment la contribution des soignants a-t-elle été prise en compte ?

CONSÉQUENCES SUR L'ORGANISATION DU TRAVAIL

- Y a-t-il eu une évolution du rapport aux normes ? : respect et écart aux consignes écrites et orales.
- Quelles ont été les transformations des pratiques et des rapports sociaux de travail ?
- Comment a évolué la perception de la qualité ?

2-6. Prise de contact avec les enquêtés et difficultés rencontrées

Parmi les difficultés rencontrées dans l'établissement des contacts on peut mentionner la « disparition » de certains enquêtés. Ainsi, deux numéros de téléphone transmis n'étaient plus attribués par France Télécom (enquêtés n° 0561 et 870). Nous avons cherché à savoir si ces deux enquêtés n'avaient pas déménagé depuis l'enquête téléphonique. Dans l'annuaire, nous avons repéré des homonymes résidant dans le même département et avons tenté de les contacter, mais les deux personnes n'étaient pas celles que nous recherchions. Nous avons donc pris contact avec deux autres enquêtés figurant dans la liste initiale.

Dans l'ensemble, nous avons remarqué qu'il était parfois très long et fastidieux de contacter les personnes à interroger. Dans certains cas, il nous a fallu près de trois semaines pour joindre les enquêtés (à raison de plusieurs tentatives quotidiennes, et à différents horaires). Dans ces situations, il aurait été probablement utile de disposer des coordonnées professionnelles des enquêtés (certains proches nous les ont d'ailleurs spontanément transmises).

En outre, au cours de cette campagne, nous avons essuyé cinq refus de participation à l'entretien (3 aides-soignantes et deux infirmières). Dans deux cas, le refus a été signifié immédiatement dès le premier contact avec le chercheur : l'une de ces personnes n'a pas invoqué de motif à son refus et l'autre a indiqué que ce genre de recherche « ne servait à rien » tant les conditions de travail à l'hôpital étaient dégradées. Dans les trois autres cas, les refus n'ont pas été immédiatement signifiés : une personne a subitement annulé le rendez-vous fixé pour l'entretien (en laissant un message téléphonique au chercheur) ; la seconde personne a demandé qu'on la recontacte à plusieurs reprises et a finalement indiqué qu'elle avait trop de travail pour répondre à l'entretien (remplacement de collègues absents) et la troisième personne semble avoir cherché à éviter le contact téléphonique avec le chercheur. Il est à noter que ces refus émanaient de professionnels exerçant dans des établissements de statut divers (clinique, fondation, établissement mutualiste, centre hospitalier et AP-HP).

Par rapport à ce que nous avons envisagé, sept entretiens n'ont pas pu se concrétiser (cinq personnes ayant refusé l'entretien et les coordonnées de deux autres étant erronées). Aussi, nous avons dû solliciter la Drees à deux reprises afin que celle-ci nous fournisse le nom de nouveaux enquêtés potentiels (notamment en région parisienne), de manière à ce que l'échantillon interrogé corresponde à l'échantillon théorique.

2-7. Réalisation des entretiens

Malgré ces difficultés, nous avons reçu un bon accueil lors des premiers contacts téléphoniques. Les personnes étaient souvent dans l'attente de la rencontre avec le chercheur, rencontre annoncée par courrier du Ministère quelques temps auparavant.

Pour une question tenant à la neutralité des lieux et dans la mesure du possible, nous avons souhaité mener les entretiens au domicile des enquêtés. Dans quelques rares cas, cela n'a pas été possible. Ces situations n'étaient pas liées au refus des soignants de recevoir le chercheur chez eux, mais tenaient davantage à des contraintes horaires. Par exemple, l'enquêtée n° 3883 a préféré mener l'entretien dans son service : faisant fonction de cadre depuis quelques temps et préparant le concours de l'Institut de formation des cadres de santé,

il lui était plus facile de nous recevoir dans son bureau qu'à son domicile. Cependant, ces conditions d'interview n'étaient pas des plus idéales, dans la mesure où la personne a pu être sollicitée par des collègues (téléphone, « biper », visite dans le bureau). L'entretien avec l'enquêtée n° 0729 a également eu lieu dans son service, mais dans de très bonnes conditions.

Par rapport à la durée d'entretien annoncée dans le courrier du ministère (1h), les entretiens ont été plus longs. Ceci tient d'une part, à notre guide d'entretien qui nécessite 1h30 pour pouvoir être abordé de manière complète et approfondie (cf. guide en encadré). D'autre part, ceci tient aussi à l'attitude des enquêtés, qui bien souvent ont souhaité revenir sur des points précis de l'interview (notamment, les conflits et les difficultés au travail, les relations avec les médecins ou encore avec les jeunes générations de soignants), ou qui ont souhaité aborder des points non prévus dans notre guide (par exemple : les 35 heures ou encore la question des retraites). En outre, l'entretien s'achevait sur un temps d'échange plus informel (autour d'une tasse de café), souvent sans enregistrement, moment au cours duquel la personne cherchait à en savoir plus sur la démarche de la recherche (composition de l'équipe de recherche, population enquêtée, modalités de l'appel d'offres, objectifs de l'étude, effets escomptés, etc.). L'ensemble des enquêtés s'est dit fortement intéressé par les résultats de l'enquête et nous nous sommes engagés à ce qu'ils leur soient transmis.

Nous n'avons pas relevé d'anomalies entre les éléments résultants de la saisie des questionnaires et les données obtenues par entretiens (cf. rapport intermédiaire de la post enquête sur les infirmiers du LEST). Par contre, nous avons pu noter certains changements, intervenus entre le moment de la passation téléphonique du questionnaire et celui de la réalisation de l'entretien. On peut d'abord noter des changements dans les lieux d'exercice : l'enquêtée n° 415 (IDE) n'exerce plus à l'institut Gustave Roussy, mais à l'hôpital de la Croix-Rouge. Des changements sont aussi intervenus dans les rythmes et les unités de travail : en vue de son prochain passage à la retraite, une aide-soignante (n° 3183) a changé de service et de quotité de travail. Certains ont aussi vu leurs fonctions évoluer, c'est le cas d'infirmières qui font « fonction de cadre » depuis quelques mois (n°3883 et 4665). Concernant ces dernières, il faut noter que leur statut un peu « incertain » a pu rendre plus difficile la réalisation de l'entretien : officiellement, elles sont infirmières, soignantes « praticiennes » (elles ne sont ni formées, ni diplômées pour occuper officiellement un poste de cadre), mais officieusement, elles en assument les fonctions. Aussi, l'enquêteur peut-il avoir tendance à poser ses questions dans un premier temps en direction du cadre, et dans un second temps en direction du soignant (en le renvoyant à ses fonctions antérieures ou à celles de son équipe paramédicale).

2-8. L'échantillon final interrogé

Les caractéristiques de la population interrogée sont les suivantes :

- Catégorie professionnelle : 10 aides-soignants et 14 infirmiers²⁰.
- Sexe : 21 femmes et 3 hommes (dont 2 infirmiers et 1 aide-soignant).
- Âge : de 32 à 61 ans.

²⁰ Nous n'avons pas été en mesure d'interroger un même effectif d'infirmiers et d'aides-soignants comme nous l'avons projeté au départ. Nous avons contacté tous ceux dont les coordonnées nous ont été fournies, mais pour 5 d'entre eux l'entretien n'a pas pu être réalisé. Nous avons alors été contraints d'interroger plus d'infirmières que prévu (lesquelles étaient plus nombreuses dans la liste initiale).

- Ancienneté : de 11 à 37 ans.
- Statut des établissements d'exercice : 7 établissements AP-HP, 5 établissements privés (2 associations, 2 hôpitaux, 1 clinique), 4 CHU, 4 CH, 3 établissements mutualistes, 1 CLC. Tous ces établissements sont accrédités
- Localisation géographique des établissements : 12 en région parisienne et 12 en province (grand-ouest).

Le tableau suivant expose en détails la distribution de ces caractéristiques²¹ :

²¹ Les données présentées dans ce tableau sont celles qui ont été recueillies par la Drees lors de l'enquête téléphonique. Dans la partie consacrée à l'analyse des entretiens, nous avons été amenés à préciser et/ou à mettre à jour ces caractéristiques, notamment celles concernant les services.

Tableau de présentation de l'échantillon interrogé
(Synthèse des principales caractéristiques)

	Numepost	Profession	Sexe	Age	Ancieneté	Statut de l'établissement	Service	Département	Date d'entretien	Lieu
1	3183	AS	F	57	37	Etablissement mutualiste	Secteur d'hospital. en médecine	MORBIHAN	12/11/2003	Domicile
2	3856	AS	F	41	12	Centre hospitalier public	Secteur d'hospitalisation en gynécologie-obstétrique	LOIRE-ATLANTIQUE	24/11/2003	Domicile
3	2227	AS	F	38	20	Etablissement mutualiste	Secteur d'hospital. en médecine	ILLE-ET-VILAINE	03/12/03	Domicile
4	3814	AS	M	55	27	Centre régional de lutte contre cancer	Service de consultation externe ou hôpital de jour	ILLE-ET-VILAINE	03/12/03	Domicile
5	1753	AS	F	37	17	Centre hospitalier public	Secteur de gériatrie	LOIR-ET-CHER	19/01/04	Domicile
6	4069	AS	F	44	22	AP-HP	Service de consultation externe ou hôpital de jour	PARIS	6/2/04	Domicile
7	4110	AS	F	32	13	AP-HP	Secteur d'hospital. en médecine	PARIS	9/2/04	Domicile
8	4222	AS	F	61	30	Hôpital privé particip. service public	Secteur de maternité	PARIS	26/01/04	Domicile
9	0415	AS	F	52	35	Hôpital privé non lucratif	Secteur d'hospital., chirurgie, soins int.	PARIS	28/11/2003	Domicile
10	2855	IDE	F	48	26	Polyclinique privée	Chimiothérapie	COTES-D'ARMOR	18/11/2003	Domicile
11	4665	IDE	F	35	13	Etablissement mutualiste	Réanimation et soins intensifs	MORBIHAN	13/11/2003	Domicile
12	279	IDE	F	47	24	Centre hospitalier public	service de consultations externes	LOIRE-ATLANTIQUE	24/11/2003	Domicile
13	682	IDE	F	39	13	C.H.U.	Bloc-opérateur	LOIRE-ATLANTIQUE	15/11/2003	Domicile
14	4634	IDE	F	55	34	C.H.U.	Bloc-opérateur	LOIRE-ATLANTIQUE	15/11/2003	Domicile
15	3883	IDE	F	46	23	C.H.U.	Secteur gériatrie	MAINE-ET-LOIRE	18/12/2003	Service
16	2989	IDE	M	32	10	C.H.U.	Service des brûlés	INDRE-ET-LOIRE	19/01/2004	Domicile
17	725	IDE	F	48	28	AP-HP	Secteur d'hospit. en médecine	PARIS	12/02/04	Domicile
18	729	IDE	F	44	21	AP-HP	Service de consultat.externes	PARIS	28/11/2003	Service
19	1647	IDE	F	45	23	AP-HP	Secteur d'hospitalisation en gynécologie-obstétrique	PARIS	16/01/2004	Domicile
20	2049	IDE	F	49	27	Hôpital privé part. service public	Secteur d'hospitalisation en gynécologie-obstétrique	PARIS	8/01/2004	Domicile
21	733	IDE	M	54	34	AP-HP	Secteur d'hôpital. en médecine	PARIS	16/01/2004	Domicile
22	0738	IDE	F	35	11	AP-HP	Secteur d'hôpital. en chirurgie	PARIS	8/01/2004	Domicile
23	1844	AS	F	46		C.H. public	Service d'urgence	PARIS	18/03/04	Domicile
24	1019	IDE	F	39		Hopital privé non lucratif	Service administratif	PARIS	22/03/04	Domicile

3. L'analyse des données recueillies

Les 24 entretiens ont fait l'objet d'une retranscription intégrale (transmise à la Drees). Au cours d'une première lecture de ce corpus, nous avons identifié et relevé un certain nombre de thèmes et de sous-thèmes en rapport avec notre problématique. Ces différentes catégories ont alors été organisées et hiérarchisées pour constituer un guide d'analyse (cf. encadré ci-dessous). Le guide d'analyse nous a permis d'obtenir un mode de découpage des énoncés relativement stable d'un entretien à l'autre.

L'analyse du contenu retenue était de type transversale, dans le sens où elle reposait sur le rapprochement des différents entretiens du corpus. Cette approche nous a conduit à dégager un certain nombre de points communs et/ou de différences qui ont donné lieu à deux types d'interprétations. D'une part, l'interprétation explicative qui repose sur le repérage des variations thématiques au sein du corpus et sur la recherche des éléments expliquant celles-ci. D'autre part, l'interprétation typologique qui repose sur la construction de classifications idéales-typiques²².

²² L'idéal-type est un modèle appartenant à la méthodologie de Max WEBER. Mohamed CHERKAOUI le définit comme « un ensemble de concepts intégrés indispensables pour saisir le réel. En tant que modèle abstrait, il est un moyen pour saisir les relations entre des phénomènes concrets, leur causalité et leur signification. Il sert à découper le réel, à sélectionner une pluralité de phénomènes isolés, à les ordonner en fonction d'un ou de plusieurs points de vue. C'est un concept générique en ce qu'il est le résultat d'une synthèse abstractive de ce qui est commun à plusieurs phénomènes. S'il est une utopie, au sens où aucune réalité empirique ne lui correspond, il sert cependant à mesurer la distance qui sépare le réel de ce qui est construit logiquement » (in *Dictionnaire de la sociologie*, Paris, Larousse, coll. Essentiels, 1989, pp. 200-201).

GUIDE D'EXPLOITATION DES ENTRETIENS

Données de repérage (= éventuelles variables indépendantes)

Caractéristiques du soignant : sexe, âge, ancienneté (date diplôme)

Caractéristiques de l'établissement : statut juridique, localisation géographique, spécialisation.

Caractéristiques du service d'exercice : taille (lits, secteurs), populations/pathologies prises en charge, composition de l'équipe

Profil du poste occupé : quotité de travail, nuit/jour, fonction

1. L'ACTIVITÉ ?

LE TRAVAIL ET SON ORGANISATION

Division des tâches et des fonctions : qui fait quoi ?

Binôme AS/IDE : possibilité ou pas ? Ressenti ?

Les chevauchements et glissements de tâches (AS/IDE et IDE/médecin), polyvalence : description, pour quels actes, dans quels contextes, à quelles conditions... ?

Les pratiques d'entraide, la coopération : idem

Décalages entre le travail prescrit et le travail réel

LES INSTRUCTIONS, CONSIGNES DE TRAVAIL

Les instructions venant du cadre

Les instructions venant des médecins, comment les prescriptions médicales sont-elles transmises (écrit, oral, téléphone) ?

Quand ? Comment sont-elles mises en œuvre ?

La gestion du temps : plannings, congés, RTT

LES DOCUMENTS DE TRAVAIL

Quels sont-ils ? Comment sont-ils utilisés ? (Dossiers médicaux, dossiers infirmiers...)

Évaluation de la pertinence de ces outils

LES APPRENTISSAGES

Encadrement d'élèves AS, IDE, Interne : comment s'y prend-t-on ? Est-ce ressenti positivement, négativement ?

Encadrement des nouveaux collègues

Encadrement des intérimaires

Éventuellement son propre apprentissage (à l'arrivée dans le service)

Formations continues

2. LES RAPPORTS SOCIAUX

LE COLLECTIF DE TRAVAIL

Notion d'équipe : existence ou pas

Sentiment d'appartenance à une équipe

LES TENSIONS, LES CONFLITS

Rapports à la hiérarchie : direction, cadre, médecins

Rapports aux autres soignants :

Reconnaissance du travail, des compétences

Par qui ? : Les patients, les pairs, les médecins, les cadres, la direction

Par quels moyens ? : Les dits et les non-dits ? Cadeaux ?

L'évaluation de l'agent par la hiérarchie (notation annuelle)

LES TEMPS D'ÉCHANGES FORMELS

Les réunions : lesquelles ? Pourquoi ? Contenu ? Fréquence ? Pertinence perçue ?

Les transmissions (qui, quoi, comment, quand) :

Les transmissions écrites (ciblées, classiques) :

Les transmissions orales

Les transmissions informatiques

LES TEMPS D'ÉCHANGES INFORMELS (PAUSES CAFÉ, DISCUSSIONS...)

Lesquels ?

À quels moments ?

Contenu des échanges dans ces moments ?

3. LES CONDITIONS DE TRAVAIL

Les locaux : fonctionnalité/confort pour les professionnels et pour les malades

Le matériel de soins : disponibilité, adaptation aux tâches

L'informatique : utilisation ? Par quelles catégories ? Pourquoi faire ?

Les transformations du travail perçues depuis le début de la carrière (ex. : informatisation, amélioration du matériel de soin).

4. RAPPORT AUX MALADES ET AUX FAMILLES

L'INFORMATION DES MALADES ET DES FAMILLES

Qui dit quoi ?

Les dérapages

LA DOULEUR ET LA MORT

Modes de gestion : formels/informels

Confort du patient

Pratiques médicales, disponibilité des médecins

Annonce des décès, des aggravations : qui ? Comment ?

Modalités défensives : existence/absence, lesquelles ?

LA VIOLENCE, L'INSÉCURITÉ

- Agressivité des patients et de leurs familles : lesquelles (verbales, physiques) ? Moyens mis en œuvre pour y faire face ?

- Autres

5. L'ACCRÉDITATION

LES PROTOCOLES

Existent-ils dans le service ?

Pour quels professionnels ?

Pour quelles tâches ?

Recours, usage, consultation ?

Respect, non respect ?

Évaluation de leur utilité, de leur pertinence ?

Comment, quand (par rapport à l'accréditation), par qui ont-ils été élaborés ? Participation du professionnel à leur rédaction ?

LA DÉMARCHE DE L'ACCRÉDITATION

Définition de la démarche par la personne, qu'est-ce que c'est ? A quoi ça sert (ou pas) ?

Informations sur la démarche (direction), formations ?

Comment les différentes phases de la démarche sont-elles présentées : préparation, visite des experts,... ?

Implication personnelle, mobilisation (participation groupe de travail) ?

Changements + et - perçus : effets sur les pratiques des professionnels, effets sur la prise en charge des malades

6. LA QUALITÉ

Définition personnelle de la qualité (et notamment qualité des soins) et de la non-qualité : exemples, critères retenus

Sentiment de faire de la qualité ? Personnel ? Collectif ?

Effets de générations/qualité

Conclusion

RESSENTI PAR RAPPORT AU TRAVAIL

Les plaisirs par rapport à l'activité

Les souffrances par rapport à l'activité

LES CONTRAINTES PERÇUES

LES FACTEURS INFLUENÇANT LE RAPPORT AU TRAVAIL

Effet de génération, d'âge, d'ancienneté

Effet « ethniques »

Effet de genre

Effets d'organisation, de la technicité

Troisième partie - Recension de la littérature

La qualité est aujourd'hui une préoccupation majeure des hôpitaux. Au-delà d'une simple réduction des coûts attachés à la non-qualité, la recherche de la qualité exprime le souci d'une satisfaction permanente des usagers, à l'extérieur de l'hôpital, comme à l'intérieur. Dans ces conditions, les démarches d'évaluation et d'amélioration de cette qualité prennent de plus en plus d'importance dans les modes de gestion des hôpitaux. De ce point de vue, l'accréditation est de loin l'innovation la plus importante pour la culture hospitalière française, et de ce fait la plus saillante quant à ses répercussions possibles, tant au niveau de l'institution qu'au niveau du personnel.

En effet, ces exigences de qualité et de transparence dans le champ de la santé tendent à se traduire par des formes de bureaucratisation et de procédurisation²³ des activités de soins. Au niveau des professionnels de santé, ces évolutions peuvent conduire à l'augmentation des contraintes ressenties au travail, et en particulier des contraintes industrielles résultant des processus de régularisation du travail de production des soins²⁴.

Le premier objectif de cette recension de la littérature vise à établir un état des lieux de la question de la qualité dans les établissements sanitaires. Nous commencerons par évoquer l'origine de cette préoccupation pour la qualité à travers l'histoire et l'évolution du cadre réglementant l'offre de soins dans notre pays. Puis, nous rendrons compte des divers outils et concepts mobilisés au nom d'une démarche d'amélioration de la qualité du service rendu à l'utilisateur du système de soins. En lien avec la problématique de notre recherche, nous nous attarderons plus particulièrement sur les méthodes mises en œuvre pour formaliser et normaliser les actes des personnels soignants (méthodes dont nous chercherons ensuite à saisir les effets sur l'activité des personnels infirmiers et aides-soignants). Enfin, dans cette première partie, nous présenterons de manière plus détaillée la procédure d'accréditation et en soulignerons l'impact – tant sur le plan objectif que subjectif – sur les professionnels.

Le second objectif de cette recension vise à présenter les travaux sociologiques en la matière et à obtenir de cette littérature spécialisée les enseignements nécessaires pour aborder la question de la démarche qualité dans le secteur hospitalier. Nous verrons que ces travaux sont nombreux et que les informations que l'on peut en extraire nous permettent de cerner plus précisément les répercussions des démarches qualité dans le secteur hospitalier. Nous montrerons également la complexité et l'ambivalence de ces approches. Enfin, nous soulignerons en conclusion que l'optique adoptée dans le cadre de cette recherche a été peu traitée dans le domaine.

²³ A-M. MOULIN (2003), « Ordre et désordre dans le champ de la santé », communication lors du colloque de l' AISLF *Valeurs et normes dans le champ de la santé*, Brest, UBO, 20-21 mars 2003.

²⁴ P. BOISSARD, D. CARTRON, M. GOLLAC, A. VALLEYRE (2000), « Contraintes de temps dans le travail et risques pour la santé en Europe », *Quatre pages du Centre d'études de l'emploi*, n° 47.

I. La qualité dans les établissements de santé

Les documents exploités dans cette première partie proviennent de spécialistes du management de l'organisation hospitalière : membres de l'ANAES²⁵, directeurs d'hôpitaux, directeurs qualité, directeurs des soins infirmiers, médecins en santé publique, qualitiens, consultants en management hospitalier, auditeurs et autres formateurs. L'exploitation d'une telle littérature apporte des éléments permettant de mieux saisir les transformations qui affectent le champ de la santé depuis quelques années.

1. Genèse de la qualité hospitalière

1-1 Les conditions d'émergence d'une politique globale de qualité des soins en France

La politique de qualité des soins est la résultante d'un long cheminement commençant par les préceptes de bonne pratique enseignés par Hippocrate et continuant par le processus d'industrialisation de la société (processus visant une recherche de standardisation et de normalisation). Dès la fin du XIX^{ème} siècle, avec l'ère industrielle, s'amorcent en effet des bouleversements sociaux, culturels, économiques et scientifiques qui, pérennisés pendant le XX^{ème} siècle, vont produire leurs effets dans le domaine de la prise en charge des malades et de la maladie²⁶.

Après la seconde guerre mondiale, les établissements de soins traditionnels vont laisser place à des structures modernes, dotées de plateaux techniques importants permettant la mise en œuvre des stratégies diagnostiques et thérapeutiques de pointe qui s'adressent à une clientèle soignée, majoritairement assurée sociale, de mieux en mieux informée et de plus en plus exigeante vis-à-vis du corps médical. En outre, l'utilisation d'une technologie avancée et coûteuse dans les disciplines médicales engendre de nouvelles contraintes tant pour les personnels (de plus en plus soumis à l'obligation d'une actualisation constante de leurs connaissances) que pour les choix des procédures diagnostiques et thérapeutiques, lesquelles doivent correspondre aux principes d'efficacité et de maîtrise économique souhaités par les organismes financeurs de soins.

Cette exigence d'efficacité s'est accélérée à partir des années soixante-dix en raison du développement du consumérisme médical. Les Français se sont mis à consommer des prestations de santé dans des conditions relativement proches de la consommation des produits de la vie courante²⁷. De plus en plus critiques vis-à-vis des prestations hospitalières, les patients n'hésitent plus à formuler leurs attentes en matière de confort, de délais, de sécurité, de communication ou encore d'accès aux informations médicales. En 1978, des organisations de consommateurs commencent à invoquer le droit des malades à la qualité des soins, en réclamant un « contrôle véritable de l'activité médicale » et une « amélioration de la

²⁵ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

²⁶ H. LETEURTRE, I. PATRELLE, J-F. QUARANTA, N. RONZIERE (1999), *La qualité hospitalière*, Ed. Berger-Levrault, (Coll. Audit Hôpital).

²⁷ J-M. BONMATI (1998), *Les ressources humaines à l'hôpital : un patrimoine à valoriser*, Ed. Berger-Levrault.

relation médecin-malade »²⁸. Au cours d'une période plus récente, on a vu se multiplier les actions en contentieux et les procès dans le domaine médical.

Ces bouleversements des habitudes médicales ont fait naître une conception nouvelle de la qualité des soins allant bien au-delà de la conscience professionnelle, devoir moral du soignant vis-à-vis du malade. Cette idée introduit, en effet, la notion de l'existence d'un produit de soins en tant que produit fini de « l'entreprise de santé » et fait répondre ce produit à des normes de qualité inspirées de l'industrie (en particulier concernant l'efficacité, l'efficience et la sécurité pour le client-consommateur de soins, nous y reviendrons plus loin).

En France, l'engagement des établissements de santé dans une politique de recherche et d'amélioration continue de la qualité des soins médicaux et infirmiers s'est effectué avec un certain décalage sur les pays anglo-saxons²⁹. Le secteur des services en général et celui de la santé en particulier ont en effet été longtemps considérés en dehors de la sphère des préoccupations de la qualité. Néanmoins, la mise en place d'une telle politique est désormais reconnue par les pouvoirs publics et les plus hauts niveaux de la hiérarchie hospitalière comme fondamentale pour, d'une part, atteindre les objectifs fixés de gestion optimisée des ressources et de maîtrise des coûts économiques et, d'autre part, pour maintenir la compétitivité face à la concurrence d'autres structures de soins mises à la disposition de la clientèle³⁰.

Les secteurs logistiques des établissements de santé ont été les premiers concernés chronologiquement par cette exigence de qualité, notamment par la facilité du transfert des méthodes issues de l'industrie. Néanmoins, les prestations soignantes, dont les soins infirmiers, constituent bien la principale préoccupation des responsables hospitaliers en raison de l'attente de résultats concrets de la part des patients et des autorités de contrôle.

1-2. Les étapes de la mise en place de la politique de la qualité dans le secteur sanitaire

L'entrée dans une période de limitation de la croissance des dépenses de santé s'est accompagnée d'une certaine prise de conscience des pouvoirs publics : les contraintes financières seraient bien mal acceptées si des précautions n'étaient pas prises pour garantir le droit fondamental du malade, le droit à l'efficacité des soins. C'est pourquoi en 1978, le programme d'action prioritaire du VII^{ème} plan, consacré au départ à la seule humanisation, a été complété dans une perspective qualifiée de « globale », d'humanisation et de qualité des soins³¹. En quelque sorte, la qualité des soins devient à partir de ce moment pour les

²⁸ J-M. LEMOYNE DE FORGES (1983), *L'Hospitalisé*, Berger-Levrault.

²⁹ Les premières expériences d'évaluation des soins se sont développées aux États-Unis, puis au Canada dès le début du XX^{ème} siècle. Sur celles-ci, voir H. LETEURTRE, I. PATRELLE, J-F. QUARANTA, N. RONZIERE (1999), *La qualité hospitalière*, Ed. Berger-Levrault, (Coll. Audit Hôpital), pp. 167-173. Plus récemment, dans les années 80, cette démarche a été conduite avec un certain succès aux États-Unis, lors de l'application du programme *Medicare*. La contrainte financière était telle que les gestionnaires hospitaliers ont dû d'abord introduire des critères de forte rationalité dans leur gestion mais promouvoir en même temps une politique de qualité médicale afin de rallier des médecins à tout rationnement dommageable pour la santé de leurs patients. Sur ce point, se reporter à E. CHAMORAND (1996), *Le système de santé américain. Poids du passé et perspectives*, La Documentation française (Coll. Les études).

³⁰ H. LETEURTRE, I. PATRELLE, J-F. QUARANTA, N. RONZIERE (1999), *La qualité hospitalière*, Ed. Berger-Levrault (Coll. Audit Hôpital).

³¹ J-M. LEMOYNE DE FORGES (1983), *L'Hospitalisé*, Berger-Levrault.

gestionnaires hospitaliers, un instrument stratégique qualitatif de nature à compenser la pression de réduction quantitative des coûts.

Mais c'est surtout à partir du début des années quatre-vingt, sous la pression de facteurs économiques et concurrentiels touchant l'ensemble des secteurs public et privé de la santé, qu'est survenue une véritable prise de conscience des professionnels et des pouvoirs publics vis-à-vis du devoir de qualité des pratiques. Cette volonté à évaluer et développer la qualité des soins a été officialisée en janvier 1981 par la lettre du ministère de la Santé aux présidents des commissions médicales consultatives. Le ministère y préconisait la création, au sein même des hôpitaux et des cliniques, de comités médicaux spécialisés, composés de médecins et de personnels de soins. Différents thèmes d'évaluation sont suggérés, parmi lesquels l'admission des malades, l'optimisation du séjour hospitalier, les stratégies diagnostiques et thérapeutiques, les prescriptions d'examen cliniques et thérapeutiques. À cette époque, le ministère insiste sur l'importance des médecins dans cette démarche essentiellement interne aux établissements (tout contrôle externe sur le corps médical étant exclu). La loi du 31 janvier 1984 vient appuyer cette première incitation en instituant la publication annuelle par la commission médicale consultative d'un rapport sur l'évaluation de la qualité des soins dispensés dans l'établissement. L'année 1987 est marquée par la création du Comité national de l'évaluation médicale. Sa mission consiste à recenser les initiatives d'évaluation dans le domaine médical, à susciter des initiatives, et à participer à la diffusion des résultats obtenus³².

La politique de qualité des soins dans les établissements de santé, jusqu'ici largement laissée au bon vouloir de chacun, est donc propulsée au rang de priorité nationale par les pouvoirs publics. Et, en septembre 1989, à la suite de la publication du rapport du docteur Armogathe demandant la création d'une « agence nationale d'évaluation et d'agrément des établissements publics et privés » se crée l'ANDEM³³ sous l'impulsion de Claude Évin, alors Ministre de la santé.

Un nouveau pas est franchi avec l'article 710-4 de la loi portant sur la réforme hospitalière du 31 juillet 1991 qui inscrit la mise en place de programmes d'évaluation systématique de la qualité des soins dans les établissements de santé, tant publics que privés, au rang d'orientation prioritaire de la politique de soins menée par ces établissements pour les années à venir : « [...] les établissements de santé, publics et privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin d'en garantir l'efficacité et l'efficience [...] ». Le contenu de cet article 710-4 s'intègre totalement dans les orientations préconisées par l'OMS³⁴ à la même époque : [...] d'ici l'an 2000, il devrait exister dans tous les États membres des structures et des processus assurant l'amélioration continue de la qualité des soins de santé et le perfectionnement et l'usage appropriés des technologies de santé [...].

La loi du 31 juillet 1991 a donc fait de ce qui était jusqu'ici une simple aspiration à la qualité des soins pouvant être prodigués par un établissement de santé quelconque un droit légitime du consommateur de soins français, droit assorti, en sus, d'une obligation de contrôle objectif de cette qualité. La recherche de la qualité des soins passe désormais par la mise en

³² M-H WALTER (2000), *L'assurance qualité, clé de l'accréditation en santé*, Ed. Masson, (Coll. Encadrer l'hôpital).

³³ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation médicale (ANDEM).

³⁴ Organisation mondiale de la santé (OMS).

œuvre d'actions d'évaluation systématiques des pratiques professionnelles médicales et soignantes.

Quelques années plus tard, en 1996, le déséquilibre persistant du système public d'assurance maladie conduit le gouvernement à mettre en place une réforme touchant à la fois le système d'assurance et le système de soins. Malgré les plans successifs destinés à rééquilibrer les recettes et dépenses remboursées par la Sécurité sociale, ces dernières ont continué à croître plus vite que les premières³⁵. Pour ce qui concerne l'hospitalisation, la réforme dite « Juppé » prévoit des mécanismes destinés à rationaliser l'offre hospitalière et son utilisation grâce à :

1. Un encadrement des dépenses au niveau national : leur montant est fixé par le Parlement en fonction des prévisions de recettes et d'objectifs de santé. L'enveloppe est ensuite répartie par le gouvernement entre soins de ville et soins hospitaliers.
2. La régulation des soins hospitaliers, qui comprend 4 points essentiels :
 - La concentration au niveau régional, dans une seule structure, des pouvoirs de financements et de planification.
 - L'introduction d'une contractualisation entre l'autorité régionale et l'hôpital.
 - L'assouplissement des règles d'organisation interne aux hôpitaux.
 - L'obligation de répondre à des critères de sécurité et de qualité attestés par une démarche d'accréditation.

La réforme prend explicitement en compte la qualité des soins par l'intermédiaire de la démarche d'accréditation, laquelle s'inscrit alors dans une double logique : le constat d'une insuffisance de culture de la gestion de la qualité dans les hôpitaux et la nécessité d'avoir la garantie que la qualité ne pâtera pas du contexte budgétaire.

Les ordonnances de 1996 renforcent par là même l'obligation d'évaluation de la qualité des soins et des pratiques professionnelles et l'orientation des établissements de soins vers des démarches de qualité. Plus précisément, le titre II de l'ordonnance du 24 avril 1996, « L'évaluation, l'accréditation et l'analyse de l'activité des établissements » décline les actions concrètes à réaliser ou à poursuivre en la matière :

Art. L. 710-5 : « Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation. Les réseaux de soins ainsi que les groupements de coopération sanitaire sont également soumis à cette obligation ».

C'est dans ce contexte qu'une nouvelle structure, l'ANAES³⁶, voit le jour :

Article L. 791-1 : « L'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé contribue au développement de cette évaluation ».

L'ANAES reprend et élargit les missions confiées précédemment à l'ANDEM :

³⁵ C. SEGOUIN (dir.) (1998), *L'accréditation des établissements de santé. De l'expérience internationale à l'application française*, Ed. Doin, (Coll. Les dossiers de l'AP-HP).

³⁶ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

- favoriser le développement de l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles,
- mettre en œuvre la procédure d'accréditation,
- veiller à la cohérence des initiatives concernant l'amélioration de la qualité dans la prise en charge des clients soignés,
- élaborer ou valider des recommandations de bonnes pratiques ou des référentiels de qualité des soins et des pratiques professionnelles,
- proposer toute mesure pour le développement de la formation des professionnels de santé,
- s'assurer de la collaboration des professionnels par l'animation du réseau national et local d'experts.

L'évaluation de la maîtrise de la qualité a désormais un nom : l'accréditation. Se faisant, l'ordonnance du 24 avril 1996 recentre la mission hospitalière sur son objectif principal, celui de prendre en charge les patients avec le meilleur niveau de qualité de soins et sur son corollaire, une garantie de sécurité des soins³⁷. À l'instar des industries à haut potentiel de risques humains, l'organisation hospitalière devra désormais faire preuve d'un certain niveau de qualité compte tenu de sa mission et de la confiance des patients.

Ce choix politique de faire de la qualité des pratiques médicales et de l'offre de soins un élément central de la régulation du système de santé a été réaffirmé plus récemment par Jean-François Mattei, lorsqu'il était Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Ce choix a été exprimé lors du conseil d'administration de l'ANAES du 6 février 2003.

La recherche de la qualité constitue par conséquent le socle de l'accréditation. Avant d'aborder plus en détails cette démarche, il faut s'interroger sur l'idée même de qualité, ainsi que sur les méthodes et les outils mobilisés pour évaluer et faire de la qualité dans le domaine sanitaire.

2. Les notions autour de l'idée de qualité

2-1. Une définition internationale de la qualité

La qualité fait l'objet d'une norme ISO³⁸ (8402) qui présente la qualité d'un produit ou d'un service comme « l'ensemble des caractéristiques qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites ». Pour un service, ces caractéristiques « peuvent comprendre des aspects relationnels (accueil, dialogue...), des conditions d'ambiance et de confort, des aspects liés aux temps (respect des horaires), des dispositions propres à faciliter la tâche de l'utilisateur (formulaires simples, notices claires...)»³⁹.

³⁷ La mise en place des États généraux de la santé en 1997 et la circulaire du 26 mars 1998 relative à la révision des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) contribueront aussi à assurer la concrétisation de la loi hospitalière de juillet 1991.

³⁸ ISO : *International Organisation for Standardization*. Il s'agit d'un organisme international chargé de la standardisation du vocabulaire et des méthodes relatifs à la qualité.

³⁹ L. CRUCHANT (1993), *La qualité*, PUF, (Coll. Que sais-je ?).

H. LETEURTRE⁴⁰ et ses collaborateurs soulignent les limites de cette définition générale en indiquant que la différence entre la qualité réelle (objective) et la qualité perçue (subjective) est essentielle, dans la mesure où la qualité est aussi évaluée de manière subjective au travers du système de valeurs du bénéficiaire de la prestation. Ainsi, il faut opérer une distinction entre la qualité offerte, c'est-à-dire objectivable par des normes réglementaires ou des standards professionnels (par exemple, le nombre de lits par chambre pour la qualité de l'hébergement), et la qualité jugée comme telle par l'utilisateur (en termes d'intimité par exemple). En outre, les auteurs précisent que la qualité finale ne vaut pas seulement par sa finalité (qualité du service rendu, du produit fini), mais aussi par la qualité de fabrication du produit ou de prestation du service. La qualité hospitalière est alors définie comme « l'ensemble des caractéristiques évaluables qui confère au processus de production des produits intermédiaires ou finaux ou de prestations de services intermédiaires ou finaux hospitaliers l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés ou implicites du bénéficiaire de soins et qui satisfont effectivement le malade⁴¹ ».

La qualité des soins constitue donc une notion fortement pluridimensionnelle. Cette caractéristique amène d'ailleurs l'ANAES à opérer une distinction entre quatre types de qualité⁴² :

- la qualité voulue par les professionnels (ou spécifiée) est formulée sous forme de critères explicites à partir desquels il est possible d'apprécier la conformité de la qualité délivrée ;
- la qualité attendue par les patients se construit autour de ses besoins de santé, mais aussi de son expérience antérieure dans le système de soins ;
- la qualité ressentie est celle qu'expérimente le patient. Elle dépend à la fois de la qualité attendue et de la qualité délivrée ;
- la qualité délivrée est celle que reçoit réellement le patient.

Dans ce schéma, l'ANAES privilégie plus particulièrement les attentes des patients, leur satisfaction, de manière à ce que la qualité visée ne corresponde pas aux seules exigences des professionnels.

A contrario, la non-qualité, désigne tout ce qui doit être fait ou refait en raison d'un dysfonctionnement antérieur du système⁴³. Cette non-qualité peut faire l'objet de nombreuses appellations : accident, défaillance, difficulté, dysfonctionnement, erreur, gaspillage, problème... La norme internationale ISO propose les termes de non-conformité quand il y a « non-satisfaction à une exigence spécifiée » et de défaut quand « il y a non-satisfaction à une

⁴⁰ H. LETEURTRE, I. PATRELLE, J-F. QUARANTA, N. RONZIERE (1999), *La qualité hospitalière*, Ed. Berger-Levrault, (Coll. Audit Hôpital) ; H. LETEURTRE, VANDENMERSCH, M-F. BLONDIAU, (1997), *L'accréditation hospitalière. Gestion et services de soins*, Ed. Berger-Levrault, (Coll. Audit Hôpital).

⁴¹ H. LETEURTRE, I. PATRELLE, J-F. QUARANTA, N. RONZIERE (1999), *La qualité hospitalière*, Ed. Berger-Levrault, (Coll. Audit Hôpital), p. 15.

⁴² ANAES (1999), Évaluation d'un programme d'amélioration de la qualité. Les Enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français, Rapport.

⁴³ B. BARBIN, C. BOISSIER RAMBAUD, M-N. CHAMPION DAVILLER, J-M. FESSIER, J. NEBESAROVA (1997), *Hôpitaux, cliniques : de l'accréditation à la qualité*, Ed. Lamarre (Coll. Management hospitalier).

exigence ou à une attente raisonnable liées à une utilisation prévue, y compris celles qui ont trait à la sécurité⁴⁴ ».

2-2. Les protocoles (ou procédures) et les référentiels

Pour les spécialistes de la qualité, procédure ou protocole⁴⁵, sont deux appellations différentes désignant la même chose, à savoir : « une manière spécifiée d'accomplir une activité » (ISO8402). La procédure décrit un processus en fixant précisément : ce qui doit être fait ; qui doit le faire ; comment cela sera accompli et quels seront les moyens utilisés (matériels, équipements et documents) ; éventuellement quand et à quels moments. Le protocole s'adresse en général à une catégorie professionnelle donnée.

Nous verrons plus loin que la démarche d'accréditation incite à la rédaction de protocoles.

L'application d'une démarche qualité au sein d'un établissement s'appuie également sur l'existence de référentiels qui peuvent être internes et/ou externes. Les référentiels internes sont des normes construites par l'établissement de santé qui visent à informer les salariés sur les procédures types qui doivent être suivies pour toute production ou prestation de service afin de respecter les critères de qualité définis pour celles-ci⁴⁶. Les référentiels externes sont utilisés dans la perspective de comparer la situation de l'établissement à des modèles extérieurs qui s'imposent ou devraient s'imposer à lui (normes juridiques par exemple).

2-3. Les différentes méthodes de démarche qualité

Les démarches qualité employées dans le champ de la santé sont issues des milieux de l'industrie et des services. Une démarche qualité selon l'AFNOR⁴⁷ « a pour objet à partir de la définition d'une politique et d'objectifs, de gérer et assurer le développement de la qualité en s'appuyant sur un système qualité mis en place et en utilisant divers outils propres à faciliter l'obtention des objectifs fixés⁴⁸ ».

Plusieurs démarches qualité sont possibles, et dans les hôpitaux de nombreuses initiatives se sont développées sans qu'il soit possible d'en établir un inventaire réellement exhaustif.

⁴⁴ ANAES (1999), *Évaluation d'un programme d'amélioration de la qualité. Les Enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français*, Rapport.

⁴⁵ Les protocoles sont aussi parfois appelés instructions de travail, fiches techniques ou encore modes opératoires.

⁴⁶ H. LETEURTRE, I. PATRELLE, J-F. QUARANTA, N. RONZIERE (1999), *La qualité hospitalière*, Ed. Berger-Levrault, (Coll. Audit Hôpital).

⁴⁷ AFNOR : Association Française de NORmalisation.

⁴⁸ ANAES (1999), *Évaluation d'un programme d'amélioration de la qualité. Les Enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français*, Rapport.

2-3-1. L'assurance de la qualité

L'assurance de la qualité est un moyen pour atteindre le niveau de qualité requis. Selon M-H WALTER⁴⁹ sa définition peut être résumée ainsi « ensemble des actions planifiées et systématiques, destinées à garantir aux clients que le produit, la prestation « fonctionnera correctement ». Il s'agit donc d'apporter des preuves que les prestations ou les soins sont définis, connus et maîtrisés. Cette assurance repose sur la mise en place de documents, le plus fréquemment des protocoles écrits, des référentiels. L'assurance de la qualité renvoie alors à la mise en conformité des pratiques avec ces standards pré-existants. En outre, l'assurance de la qualité viserait à obtenir la confiance des patients et celle des autorités de tutelle dans les prestations de services fournies par les établissements de soins, confiance ébranlée aux cours de ces dernières années par différents scandales (sang contaminé, hormone de croissance, etc.)⁵⁰.

Sur le plan de la pratique, cette approche impose la mise en place d'un système de surveillance comportant des saisies de données réalisées périodiquement. Au terme de cette évaluation, des actions correctrices sont engagées au regard des écarts mis en évidence⁵¹.

2-3-2. L'amélioration continue de la qualité et les processus

L'amélioration continue de la qualité est une autre méthode qui repose sur le découpage de l'activité hospitalière en une série de « processus » qu'il convient d'analyser dans leur fonctionnement afin d'en améliorer la qualité. Ceci repose sur une méthode participative où chaque acteur du processus étudié contribue à définir les actions d'amélioration⁵². La transposition de cette démarche à l'hôpital est basée sur le principe que tout établissement de soins peut être considéré comme un ensemble complexe de tâches à réaliser. Ces tâches peuvent donc être regroupées en processus par rapport à un objectif à réaliser : par exemple, le processus d'ouverture du dossier d'admission, le processus de prise en charge d'un malade au bloc opératoire, le processus de sortie, etc. La réalisation complète d'un processus de soin nécessite une succession d'étapes et l'intervention de multiples acteurs qui peuvent être à l'origine de dysfonctionnements ou de risques pour le patient. La méthode d'amélioration continue de la qualité se fonde sur les quatre étapes suivantes :

- une analyse méthodique du processus concerné et de son déroulement,
- une identification des principaux dysfonctionnements et de leur origine,
- la définition des actions d'amélioration, qui constituent le référentiel qualité,
- l'évaluation par la conception d'indicateurs d'un dispositif reposant sur la réalisation d'audits qualité qui permettent de suivre et d'améliorer le niveau de qualité souhaité.

⁴⁹ M-H WALTER (2000), *L'assurance qualité, clé de l'accréditation en santé*, Ed. Masson, (Coll. Encadrer l'hôpital).

⁵⁰ FROMENTIN (dir.) ; J. BRUN, J. LENGART J. (coll.) (1998), *Santé et assurance qualité. Vers l'accréditation*, Ed. Berger-Levrault, (Coll. H).

⁵¹ E. MINVIELLE (2001), « Qualité des soins : approche organisationnelle », *Objectif Soins*, n° 99, pp. 7-8.

⁵² C. SEGOUIN (dir.) (1998), *L'accréditation des établissements de santé. De l'expérience internationale à l'application française*, Ed. Doin, (Coll. Les dossiers de l'AP-HP).

2-3-3. Le management total de (ou par) la qualité

L'amélioration continue de la qualité est une approche limitée sur un thème, voire un segment précis (par exemple, la phase pré-anesthésie dans le cadre d'une intervention chirurgicale). L'extension et la généralisation de la logique de l'amélioration continue de la qualité à l'ensemble d'une structure conduisent vers le management total par la qualité en prenant en compte les exigences relatives à la qualité de tous les acteurs de la structure. Cette approche utilise comme levier la triple contrainte qui consiste à faire continuellement mieux, plus vite et moins cher et intègre le coût d'obtention de la qualité comme outil de gestion.

2-3-4. La gestion des risques

Il s'agit d'une autre méthode orientée sur le repérage, la prévention et le contrôle d'un certain nombre de risques à l'hôpital. Elle constitue à part entière un des volets d'une politique d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé. La gestion des risques dans le domaine de la santé inclut toutes les procédures nécessaires à la réduction du risque qu'il soit ou non clinique : cela concerne aussi bien les risques encourus par les patients et leur famille, que par le personnel de l'établissement. La mise en place d'un programme de gestion des risques à l'hôpital reprend les quatre étapes de toute démarche d'amélioration de la qualité :

- identification des situations à risques,
- évaluation des risques : fréquence, gravité, circonstances de survenue, coût,
- mise en place d'actions de prévention, de mesures correctives,
- évaluation dont l'efficacité peut être mesurée en particulier par le suivi d'indicateurs des facteurs de risques.

Parmi les risques à réduire, citons à titre d'exemples : les risques iatrogènes, souvent liés paradoxalement aux progrès de la médecine ; les risques liés à l'hémovigilance, à la matériovigilance, à la pharmacovigilance et les risques des affections nosocomiales.

2-3-5. L'évaluation de la qualité (ou contrôle qualité)

Si la qualité d'un produit industriel se mesure, la qualité d'une prestation ou d'un service ne se mesure pas : elle s'évalue. Les établissements de santé qui désirent mener une politique de qualité des soins sont en conséquence dans l'obligation de programmer des actions d'évaluation afin d'objectiver de manière tangible la réalité de la qualité de leur prestation. Ainsi, les établissements de santé ont-ils développé depuis plusieurs années des travaux d'évaluation de la qualité des soins basés le plus souvent sur la démarche de l'audit⁵³ clinique dont l'objectif consiste à comparer les pratiques professionnelles de soins à des références admises en vue d'en évaluer l'écart. Plus récemment, des travaux s'inspirant des principes de l'expérience industrielle en matière de qualité insistent sur la nécessité de compléter

⁵³ L'audit se définit comme « un examen méthodique et indépendant en vue de déterminer si les résultats relatifs à la qualité satisfont aux dispositions préétablies et si ces dispositions sont mises en œuvre de façon effective et sont aptes à atteindre les objectifs » (Norme de vocabulaire ISO 8402, Afnor 1994).

l'évaluation des pratiques professionnelles par la prise en compte d'éléments organisationnels qui influent sur la qualité globale du processus de soins⁵⁴.

L'accréditation constitue ainsi un processus d'évaluation externe menée par des professionnels indépendants de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, qui a pour effet de jauger l'ensemble de son fonctionnement et ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement de santé⁵⁵.

2-3-6. La certification

Outre l'accréditation, il existe une seconde possibilité de faire reconnaître par un tiers la conformité de son système d'assurance de la qualité : la certification. Née des besoins industriels (cf. deuxième partie), cette pratique vise à valider une organisation et des méthodes de production qui doivent assurer la pérennité de la qualité tout au long de la chaîne de production. B. BARBIN⁵⁶ et ses collaborateurs la définissent comme une « procédure par laquelle une tierce personne donne une assurance écrite qu'un produit, un système ou un service dûment identifié, est conforme aux exigences spécifiées. » La certification est le résultat visible de cette action par l'obtention d'un « certificat ». Contrairement à l'accréditation où ce sont des professionnels du secteur d'activité qui rédigent les critères sur lesquels ils vont juger le niveau de qualité d'un établissement, la certification fait appel à des organismes de certification extérieurs au secteur d'activité où ils auront à apprécier et à valider la conformité de l'organisation de la qualité par rapport aux exigences de la norme choisie par l'établissement. Ces auditeurs ne viennent donc pas dans un établissement de santé pour valider un niveau de qualité de la prestation médicale ou de la prestation de soins, mais pour reconnaître, identifier et valider les procédures et les outils de l'organisation de la qualité et du système de la qualité. Dans les établissements de santé, les procédures de certification concernent essentiellement certains secteurs d'activités tels la restauration, le blanchissage ou encore la stérilisation. Il est à souligner que la certification ne constitue pas un prérequis à l'accréditation et qu'elle est réalisée de façon volontaire à la seule initiative de l'établissement.

2-4. Les indicateurs de mesure de la qualité et leurs limites

On peut constater que bon nombre d'approches de la qualité considèrent qu'il est possible de mesurer, directement ou indirectement, la qualité des soins produits par un établissement afin de la comparer avec celle d'autres établissements⁵⁷. Pour ce faire, trois types d'indicateurs de qualité des soins peuvent être retenus :

⁵⁴ C. SEGOUIN (dir.) (1998), *L'accréditation des établissements de santé. De l'expérience internationale à l'application française*, Ed. Doin, (Coll. Les dossiers de l'AP-HP).

⁵⁵ ANAES, (1999), Manuel d'accréditation des établissements de santé, Rapport.

⁵⁶ B. BARBIN, C. BOISSIER RAMBAUD, M-N. CHAMPION DAVILLER, J-M. FESSIER, J. NEBESAROVA (1997), *Hôpitaux, cliniques : de l'accréditation à la qualité*, Ed. Lamarre, (Coll. Management hospitalier).

⁵⁷ Ces démarches conduisent à établir un classement des hôpitaux au regard de leurs performances. Ces palmarès répondent à une nouvelle exigence de transparence du grand public à l'égard du système de santé.

- des indicateurs de « résultats » de santé qui mesurent la satisfaction du patient, la mortalité et/ou la morbidité ainsi que l'état fonctionnel des patients. Ces indicateurs sont des objectifs que se fixe la structure sanitaire.
- des indicateurs de « procédures » qui renseignent sur l'organisation, les pratiques et les manières de faire.
- des indicateurs de « structures » qui s'intéressent aux ressources humaines, matérielles et financières consacrées aux soins.

Désormais, les indicateurs de structures tendent à devenir obsolètes alors que l'accent est davantage mis sur les indicateurs de procédures et de résultats⁵⁸.

Un groupe d'experts⁵⁹ s'est penché sur la construction et l'usage des indicateurs les plus fréquemment utilisés pour mesurer et comparer la qualité des soins dispensés par les hôpitaux : nombre d'actes, mortalité hospitalière, attractivité de l'établissement, durée moyenne de séjour, taux de césariennes et d'infections nosocomiales. Les résultats de cette analyse conduisent à remettre en question la validité scientifique de ces indicateurs, lesquels conduiraient à produire des approches très partielles et réductrices de la qualité des soins. Ce type de démarche, essentiellement centrée sur l'efficacité technique des soins, repose en effet sur l'usage de critères d'évaluation quasi-industriels, qu'il s'agisse du volume de l'activité (nombre d'actes par an), du taux d'erreurs ou de défaillances (décès), du temps de fabrication (durée moyenne de séjour) ou de la part de production à l'exportation (notoriété, attractivité de la structure). E. MINVIELLE⁶⁰ souligne alors la nécessité de mettre la qualité en lien avec les autres dimensions qu'elle implique : coûts, adaptations de l'établissement, conditions de travail, valeurs fondamentales... Comme le précise E. WEST⁶¹, rendre compte de la qualité à l'hôpital implique de tenir compte de son organisation interne. Ainsi, certains travaux anglo-saxons portant sur les *magnet hospitals* (des hôpitaux qui attirent particulièrement la profession infirmière) montrent qu'il existe un rapport étroit entre les indicateurs de performance clinique (taux de mortalité réduits, satisfaction des patients, etc.) et la qualité de vie au travail perçue par le corps infirmier (sens de l'autonomie, bonne communication au sein des équipes,...). Ces constats peuvent nous faire penser que l'amélioration de la prise en charge des patients passe par une meilleure organisation du travail et par une prise en compte accrue du facteur humain.

⁵⁸ E. MINVIELLE (2001), « Qualité des soins : approche organisationnelle », *Objectif Soins*, n° 99, pp. 7-8.

⁵⁹ P. LOMBRIL, M. NAIDITCH, D. BAUBEAU, C. CASES, P. CUNEO (2001), « Qu'appelle-t-on performances hospitalières ? », *Dossiers solidarité et santé - Eléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers*, n° 2, pp. 13-18 ; P. LOMBRIL, M. NAIDITCH, D. BAUBEAU, P. CUNEO et J. CARLET (coll.) (1999), « Les éléments de « la performance hospitalière ». Les conditions d'une comparaison », *Études et résultats*, n° 42.

⁶⁰ E. MINVIELLE (2001), « Qualité des soins : approche organisationnelle », *Objectif Soins*, n° 99, pp. 7-8.

⁶¹ E. WEST 2001, « Management matters : the link between hospital and quality of patient care », *Quality Health Care*, 10, pp. 40-48.

3. Les outils de la qualité des soins dispensés par les personnels soignants

Dans le cadre de la pratique soignante (non médicale), un certain nombre de supports et d'outils visant la production de soins de qualité peuvent être repérés : protocoles, dossiers de soins, plans de soins, etc⁶². Nous nous contenterons ici de rendre compte des deux principaux supports de la qualité des soins destinés plus particulièrement aux personnels soignants (IDE et AS) : le guide du service des soins infirmiers et les protocoles infirmiers.

3-1. Le guide de service des soins infirmiers : des normes générales

Le guide de service des soins infirmiers publié par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du ministère chargé de la Santé⁶³ propose des règles de « bonnes pratiques » afin de garantir la qualité des soins infirmiers. Élaboré par un groupe de professionnels travaillant sous la responsabilité du ministère, ce guide expose les normes qu'il est recommandé de mettre en œuvre depuis l'accueil de la personne malade à l'hôpital jusqu'à sa sortie. Les thèmes traités ont été sélectionnés pour apporter une aide concrète aux infirmiers dans leur pratique quotidienne auprès de toute personne admise dans un établissement de santé.

Les normes présentées dans l'ouvrage sont structurées selon les trois étapes du processus de prise en charge de la personne soignée en établissement de santé, constituant trois chapitres : l'arrivée de la personne soignée ; le séjour de la personne soignée et la sortie de la personne soignée. Ces trois chapitres sont complétés par un chapitre traitant plus globalement des aspects généraux de l'exercice professionnel infirmier. Chaque chapitre développe un thème qui fait l'objet de normes. Chaque thème est présenté dans ses particularités et ses limites concernant la pratique infirmière.

Les normes énoncent un objectif exprimé soit par un résultat à obtenir pour la personne soignée soit par une intervention infirmière à réaliser. Par exemple, la norme « accueil de la personne soignée » indique que « dès son arrivée, la personne soignée et ses proches bénéficient d'un accueil personnalisé favorisant leur adaptation au lieu de soins ou de vie. Les caractéristiques sont les éléments descriptifs des aspects importants de la norme qui ne sont pas directement mesurables. C'est à partir des caractéristiques que pourront être élaborés les critères qui permettront d'évaluer l'atteinte de la norme. Pour développer ces caractéristiques, le modèle de A. DONADEBIAN⁶⁴ a été retenu. Ce modèle décline trois types de caractéristiques. Premièrement, les caractéristiques de ressources-structure sont les éléments dont l'infirmière doit disposer pour réaliser des soins de qualité. Ces ressources concernent les domaines suivants :

- L'architecture, l'équipement, le matériel
- Les qualifications et expériences des professionnels
- La politique de l'établissement et du service de soins infirmiers
- L'organisation des soins

⁶² Ces outils sont plus spécifiquement explorés dans le cadre des entretiens.

⁶³ DHOS (2001), *Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers. Guide du service de soins infirmiers.*

⁶⁴ DONABEDIAN A. (1988), « The quality of medical care : how it be assessed ? », *JAMA*, 260, pp. 1743-1748.

Par exemple, les caractéristiques de ressources attachées à la norme de l'accueil du malade reposent sur l'existence du livret d'accueil et sur l'adaptation des lieux à l'accueil.

Deuxièmement, les caractéristiques de processus renvoient aux interventions infirmières auprès de la personne soignée et/ou de ses proches. Plus généralement il s'agit de toutes actions relevant de la compétence et de la responsabilité infirmière. Pour la norme de l'accueil, l'infirmière réalise par exemple un entretien d'accueil avec la personne soignée et ses proches.

En troisième lieu, les caractéristiques de résultats désignent les effets bénéfiques attendus par les interventions infirmières effectuées soit par l'infirmière seule, soit en collaboration avec les aides soignants, auxiliaires de puériculture, aides médico-psychologiques ou encore en équipe pluri-professionnelle. Ces résultats peuvent concerner la personne soignée (et ses proches), comme par exemple l'amélioration de son état de santé, de son degré d'autonomie et de son niveau de satisfaction. Ils peuvent aussi traduire un niveau de qualité globale à atteindre du service rendu ou un niveau de qualité à obtenir pour la pratique infirmière.

3-2. Les intérêts des protocoles infirmiers...

Un protocole de soins infirmiers est défini par le guide du service infirmier comme « un descriptif des techniques à appliquer et/ou des consignes à observer dans certaines conditions de soins ou pour l'administration d'un soin »⁶⁵. On peut distinguer les protocoles de soins d'urgences, de préparations aux examens, de soins techniques, d'hygiène hospitalière ou encore les protocoles relevant d'une prescription médicale. En outre, les protocoles peuvent être fermés, c'est-à-dire scrupuleusement respectés ou bien « ouverts » ou à « risques », c'est-à-dire que l'action n'est pas programmée et reste à définir en fonction des risques⁶⁶.

Les écrits de recherche en soins infirmiers soulignent plusieurs intérêts liés à l'usage des protocoles. Les protocoles permettent tout d'abord de formaliser des savoirs et savoirs-faire efficaces et au contraire d'éliminer les « mauvaises habitudes » de soins. Par exemple, l'approche statistique d'une pratique montre qu'au niveau d'une unité précise et sur une tâche spécifique, certains agents travaillent mieux que d'autres. Il ne s'agit pas d'une évaluation d'ensemble, mais des conclusions d'une mesure sur une tâche précise. Le plus souvent, ces personnes ont des astuces qui leur permettent de mieux réussir leur geste que les autres. L'intérêt du protocole est alors de formaliser ces coups de main et d'en faire profiter les autres.

Les protocoles permettent également de rationaliser les soins, autrement dit de produire des soins efficaces au moindre coût (en termes de temps, de matériel), tout en constituant des outils de référence en matière de communication entre les différents personnels. Il s'agit de faire en sorte que les consignes, telles qu'elles sont établies de façon durable ou temporaire, soient connues de tous. Ainsi, pour une nouvelle diplômée, pour une infirmière qui arrive dans un nouveau service ou un nouvel établissement, l'existence de protocoles facilitera son

⁶⁵ M-P. BIZET (1993), « Vous avez dit « protocoles » ? Les protocoles dans la pratique infirmière », *Recherche en soins infirmiers*, n° 32, pp. 61-74.

⁶⁶ Op. Cit. pp. 61-14 ; M. FORMARIER, L. JOVIC (1993), « Approche scientifique des protocoles de soins infirmiers », *Recherche en soins infirmiers*, n° 32, pp. 75-83.

intégration⁶⁷. Dans ce sens, les protocoles constituent des guides qui sécurisent les soignants, des outils d'auto-formation. La connaissance des protocoles permet d'anticiper, et donc de prendre les bonnes décisions au bon moment, sans obligatoirement solliciter l'encadrement médical ou soignant, d'être à la fois plus autonome et plus responsable.

Dans le prolongement de ces remarques, les protocoles peuvent être une aide à l'encadrement des élèves : ils permettent à l'élève d'adapter les connaissances transmises par l'école aux exigences ou aux particularités du service. Ils aident aussi les formateurs à adapter leur enseignement aux réalités professionnelles.

Plus globalement, les protocoles contribuent à la qualité des soins dans le sens où en utilisant des protocoles, les soignants d'une même unité font référence à une norme commune et harmonisent et/ou améliorent leurs pratiques. Cette garantie d'uniformité s'avère particulièrement importante dans le cadre d'un travail polyvalent. En effet, plus on étend la polyvalence des agents, plus il leur est difficile de se souvenir des détails de chacune des tâches. Le protocole est alors une sorte d'aide-mémoire leur permettant de n'oublier aucune étape d'un travail moins familier.

Un protocole a donc un double objet. En premier lieu, il est un guide pratique des gestes opérationnels qui permet à l'agent de suivre la procédure standard sans oublier d'opérations. En deuxième lieu, un protocole doit prévoir de laisser une trace écrite qui servira plus tard de recueil de données et de preuve du respect des standards. Très simplement, si un formulaire ou graphe requiert l'inscription de la température d'un patient à intervalles réguliers, l'outil papier lui-même garantit (dans la mesure où il est utilisé et contrôlé par l'encadrement) la prise de la température.

Enfin, certains professionnels estiment que les protocoles infirmiers participent à la reconnaissance des soignants et à leur prise en considération dans le système de santé⁶⁸. Les nouveaux outils infirmiers (protocoles, guides, plans de soins) contribueraient à bonifier le travail des soignants et par là même à améliorer l'état de santé de la population. Les indicateurs d'évaluation de la qualité des soins propres à la profession infirmière restent encore à développer et à capitaliser (autour de la mobilité ou encore du confort du patient par exemple). En outre, l'évaluation de la qualité des soins par les professionnels infirmiers peut contribuer à donner du sens aux soins, à responsabiliser ceux qui les dispensent et plus largement à introduire une cohésion au sein des équipes (à partir de l'analyse commune de l'activité).

3-3. ... et leurs limites

Cependant, les protocoles ont aussi leurs limites. D'une part, ils peuvent écarter les conduites créatives ou intuitives qui dans certaines situations s'avèrent être meilleures que l'utilisation d'un protocole. D'autre part, ils peuvent présenter une fausse sécurité : ils

⁶⁷ Les protocoles sont plus particulièrement utiles pour les soignants qui vont être affectés en équipe de nuit et qui se retrouveront dans des conditions de travail où le recours à l'encadrement hiérarchique sera plus difficile. Sur cet aspect, voir : D. TONNEAU, S. BOUTHOURE, A-M. GALLET, M. PEPIN (1996), *L'organisation du travail dans les services de soins*, Ed. ANACT (Coll. Outils et Méthodes).

⁶⁸ C. DUBOYS-FREYNEY (1999), « L'évaluation de la qualité des soins », *Objectif Soins*, n° 81, pp. II.

renvoient en fait à des normes évolutives, provisoires qui doivent être réajustées en permanence.

Sur ce point, les travaux menés par M. ESTRYN-BEHAR⁶⁹ soulignent la nécessité d'associer l'approche ergonomique à l'évaluation de la qualité en milieu hospitalier. En effet, les analyses ergonomiques portant sur le travail soignant à l'hôpital indiquent que les comportements des professionnels peuvent fortement différer des procédures écrites. Cet écart entre l'activité prescrite – souhaitable – et l'activité réelle tient pour partie aux contraintes imposées par l'environnement. Ainsi, certaines formes d'organisation du travail ou encore certaines conceptions architecturales constituent des freins pour atteindre une relation soignant-soigné de qualité. Par exemple, une architecture imposant aux personnels de très nombreux déplacements conduit à réduire le temps passé auprès du malade, à privilégier les soins purement techniques et par conséquent à délaisser son accompagnement sur un plan plus relationnel. Ce type d'analyse montre que le contexte de travail peut faciliter ou bien au contraire gêner la réalisation des activités de soin. Dans ces conditions, les personnels sont amenés à adapter leurs comportements, lesquels tendent alors à s'écarter des normes prescrites par les protocoles de soins. Du point de vue de M. ESTRYN-BEHAR, l'évaluation de la qualité se doit de prendre en compte l'activité réelle des travailleurs hospitaliers dans la mesure où celle-ci ne peut être appréhendée comme le simple produit d'une application mécanique des procédures.

4. L'accréditation des établissements de santé

4-1. L'ANAES et le contrôle de la qualité des soins

L'ANAES est un organisme à la fois public et indépendant qui assure le contrôle de la qualité des soins sous la forme de deux missions. D'une part, l'ANAES assure le développement de l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles au sein des établissements de santé publics et privés et dans le cadre de l'exercice libéral. D'autre part, l'ANAES est chargée de mettre en œuvre la procédure d'accréditation. Dans ce domaine, l'ANAES est chargée de réaliser et de faire valider un manuel d'accréditation, de former ou d'apporter son label aux futurs visiteurs-experts, d'accompagner les établissements dans leurs démarches et surtout de délivrer les rapports d'accréditation.

L'ANAES définit l'accréditation comme « une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels indépendants de l'établissement et de ses organismes de tutelle, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques ». L'accréditation concerne tous les établissements de santé publics et privés, et potentiellement les établissements de santé militaires. Elle concerne également les groupements de coopération sanitaire entre établissements de santé et les réseaux de soins. Plus de 3 000 établissements sont concernés par l'accréditation.

La procédure de l'accréditation vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein des

⁶⁹ M. ESTRYN-BEHAR (2001), « Accréditation et qualité des soins hospitaliers. Interface entre les normes et les référentiels, et l'activité de travail réelle des soignants », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 35, pp. 71-73.

établissements de santé. La démarche s'inscrit dans une logique de progrès d'un établissement de santé. Elle accorde une place centrale au patient, à son parcours, à la coordination des soins qui lui sont apportés, à sa satisfaction. Elle a six objectifs principaux :

- L'appréciation et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, qui constituent une attente principale des patients vis-à-vis du système de santé. Les soins hospitaliers dont l'efficacité et la complexité ont crû au cours des dernières décennies, s'accompagnent en contrepartie des risques pour les personnes. La prévention des risques repose sur plusieurs éléments, dont le respect de la réglementation en matière de sécurité, le respect des bonnes pratiques et la mise en place d'un système d'évaluation et d'amélioration fondé sur le repérage des risques et de la mise en œuvre d'actions de prévention.
- L'appréciation de la capacité de l'établissement à améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge globale du patient, grâce à la mise en œuvre d'un système reconnu de gestion de la qualité. La qualité est obtenue grâce à l'amélioration des processus, la réduction des dysfonctionnements et l'implication des personnes.
- La formulation de recommandations explicites : l'accréditation aide les établissements de santé à réaliser un diagnostic de leur situation sur des critères spécifiques établis par l'ANAES.
- L'implication des professionnels à tous les stades de la démarche qualité, afin qu'ils acceptent et s'approprient les changements. L'ANAES veille tout particulièrement à expliquer, informer et à communiquer régulièrement avec les professionnels.
- La reconnaissance externe de la qualité des soins dans les établissements de santé. Depuis 1999, l'ANAES diffuse largement les comptes-rendus d'accréditation (sur son site Internet notamment).
- L'amélioration continue de la confiance du public.

4-2. Le déroulement de la procédure d'accréditation

La procédure d'accréditation est d'abord engagée à l'initiative du directeur de l'établissement qui adresse une demande d'engagement à l'ANAES, accompagnée d'un dossier de présentation de l'établissement décrivant ses activités, son organisation générale et sa stratégie qualité. Il est à noter qu'initialement, les établissements de santé devaient s'engager dans la procédure d'accréditation au plus tard dans les cinq ans suivant la publication de l'ordonnance d'avril 1996⁷⁰.

L'ANAES propose alors un contrat d'accréditation rappelant les engagements à tenir puis envoie les documents d'analyse nécessaires à la phase d'auto-évaluation, notamment : le [Manuel d'accréditation](#) ; le guide [Préparer et conduire votre démarche d'accréditation](#) ; les outils et [grilles de recueil des appréciations de l'auto-évaluation](#) et le cas échéant, des documents complémentaires destinés à évaluer la procédure elle-même ou à en tester certaines modalités évolutives.

⁷⁰ L'engagement dans la démarche possède à fois un caractère volontaire et obligatoire comme le stipule l'article L-710-5 : « La procédure d'accréditation est engagée à l'initiative de l'établissement dans le cadre du contrat qui le lie à l'Agence régionale d'hospitalisation. Dans un délai de cinq ans à compter de la publication de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, tous les établissements devront s'être engagés dans cette procédure ». C'est donc à l'établissement qu'il revient de s'inscrire dans cette démarche pour laquelle il bénéficie de l'aide de l'ANAES.

La dernière version du manuel d'accréditation (actualisée en 2003) présente dans trois parties distinctes dix référentiels complémentaires, qui permettent de décliner l'ensemble des activités de l'établissement et d'aboutir à une vision transversale de son fonctionnement :

I. Le patient et sa prise en charge

1. Droits et information du patient
2. Dossier du patient
3. Organisation de la prise en charge des patients

II. Management et gestion au service du patient

4. Management de l'établissement et des secteurs d'activité
5. Gestion des ressources humaines
6. Gestion des fonctions logistiques
7. Gestion du système d'information

III. Qualité et prévention

8. Gestion de la qualité et prévention des risques
9. Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle
10. Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

Chacun de ces dix référentiels définit des exigences ou références (89) auxquelles l'établissement de santé doit répondre pour délivrer des soins de qualité. Les 89 références sont elles-mêmes déclinées en critères ou sous-exigences (298)⁷¹. Les critères énoncent les moyens ou des éléments plus précis permettant de satisfaire la référence. Au total, le manuel comporte près de 300 questions permettant l'appréciation de la sécurité et de la qualité.

Sur la base de ces documents, l'établissement effectue son auto-évaluation et en transmet les résultats à l'ANAES. Cette auto-évaluation consiste à vérifier que les exigences sont appliquées ou qu'elles vont l'être par la mise en place des moyens pour les satisfaire et/ou les améliorer. Le développement et l'utilisation d'indicateurs sont alors préconisés par l'ANAES, de façon à faciliter « l'appréciation continue de la qualité ».

Après réception des résultats de l'auto-évaluation, la visite d'accréditation est effectuée par une équipe d'experts-visiteurs⁷², qui rédige le rapport des experts, lequel s'appuie sur les résultats de l'auto-évaluation. Le rapport des experts est communiqué à l'établissement pour qu'il formule ses observations. Le rapport des experts et les observations de l'établissement à

⁷¹ Par exemple, le référentiel « dossier du patient » contient sept références. La septième référence stipule l'objectif suivant : « le dossier de soins du patient fait l'objet d'un dispositif d'évaluation et d'amélioration continues ». Cette référence se décline elle-même en deux critères qui permettent d'atteindre cet objectif : l'un précise que « l'établissement évalue la qualité des dossiers » et l'autre que « l'établissement met en place une politique d'amélioration continue des dossiers ».

⁷² Les experts-visiteurs sont des professionnels de santé en exercice formés à la démarche qualité. Ils sont les seuls acteurs du processus à avoir une appréciation *in situ* de la qualité générée par les établissements. Pour garantir l'indépendance de la procédure d'accréditation, les experts-visiteurs sont issus d'établissements de santé publics et privés d'une région différente de celle de l'établissement visité.

l'égard de celui-ci sont communiqués au Collège de l'accréditation⁷³ de l'ANAES, qui examine le déroulement de la procédure, valide le rapport d'accréditation qui comporte des recommandations, fixe les modalités de suivi et arrête le délai au bout duquel une nouvelle procédure devra être engagée. Les appréciations du Collège de l'Accréditation sont formulées sous une forme graduée :

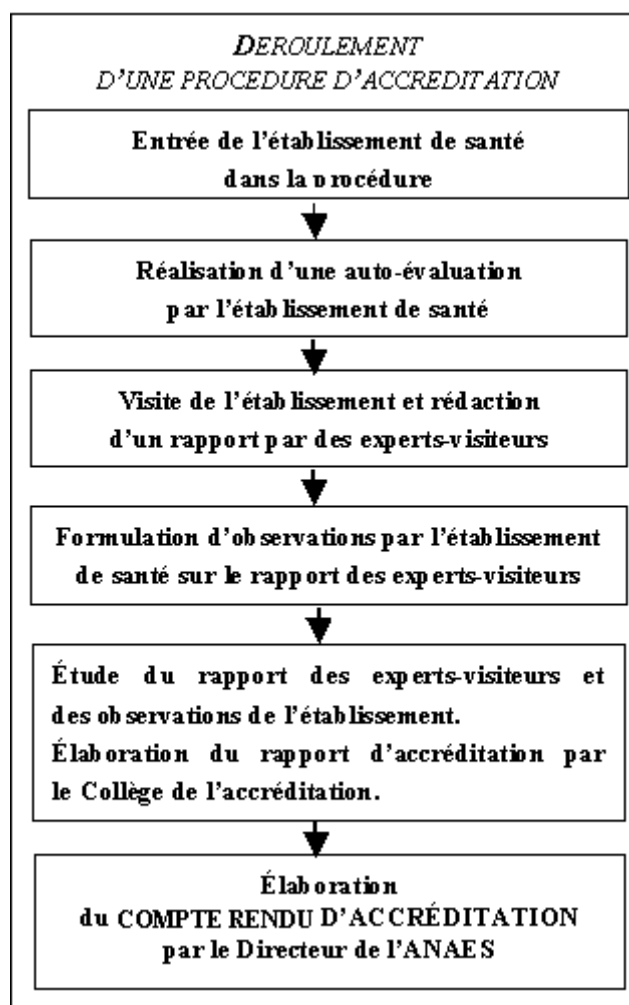
Appréciations	Modalités de suivi	Délai d'engagement entre deux procédures
Sans recommandations	Par l'établissement de santé	5 ans
Avec recommandations	L'établissement de santé réalise un bilan de suivi des recommandations en perspective de la prochaine procédure	5 ans
Avec réserves	L'établissement de santé réalise un bilan de suivi et le transmet à l'ANAES à échéance déterminée	Moins de 5 ans
Avec réserves majeures	L'ANAES demande à ce que l'établissement de santé apporte des solutions aux questions ayant fait l'objet de réserves majeures à échéance donnée	Moins de 5 ans et visite ciblée à échéance fixée sur les questions ayant fait l'objet de réserves majeures

Source : site Internet de l'ANAES

Le rapport d'accréditation est transmis par l'Agence au directeur de l'établissement de santé ainsi qu'au directeur de l'ARH⁷⁴ compétente. Un compte-rendu de la procédure d'accréditation est transmis par l'ANAES à l'établissement. Il est consultable sur demande par le public et les professionnels de santé intéressés. Le compte-rendu d'accréditation contient la présentation de l'établissement de santé, le déroulement de la procédure d'accréditation, ainsi que les conclusions du Collège de l'accréditation sur la situation de l'établissement. Ces conclusions mettent en évidence d'une part une synthèse selon les dix référentiels, d'autre part une synthèse selon trois orientations stratégiques définies par le Collège de l'accréditation : la satisfaction des besoins du patient, la maîtrise des situations à risque et la dynamique de gestion de la qualité.

⁷³ Le Collège de l'accréditation est une instance de l'ANAES indépendante dans ses décisions. Elle est composée de 15 professionnels, issus d'établissements de santé (médecins, directeurs, soignants) nommés par le Ministre de la santé.

⁷⁴ Agence régionale de l'hospitalisation (ARH).



Source : site internet de l'ANAES

4-3. Le cycle d'accréditation en cours : bilan d'étape

Le premier cycle d'accréditation s'achèvera en 2006. Près de 3 000 établissements de santé composent le paysage sanitaire actuel, lesquels devront tous être accrédités en 2006, en ayant mis en œuvre les conditions nécessaires à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins⁷⁵.

Les tous premiers établissements ont été accrédités en juin 2000. Au 31 mai 2003, on dénombrait 795 établissements ayant bénéficié d'une visite d'accréditation, soit 26 % du parc hospitalier français. Les appréciations formulées par le collège de l'accréditation se distribuaient de la manière suivante : 17 % sans recommandation, 49 % avec recommandation, 32 % avec réserve et 2 % avec réserve majeure. Il est à noter que ce sont les CHU et les centres de lutte contre le cancer qui ont été le plus souvent visités (51 et 63 %). À l'inverse, les hôpitaux locaux et les cliniques privés ont été moins fréquemment visités (16 % et 21 %).

⁷⁵ ANAES (2003), *Accréditation – Dossier de Presse*.

La deuxième procédure est en préparation et sera expérimentée au cours de l'année 2004 avec les établissements volontaires ayant terminé leur premier cycle. Elle sera simplifiée pour renforcer l'évaluation des pratiques cliniques. Les résultats pourront servir d'outil complémentaire aux ARH. Cet outil pourra aider à déterminer l'allocation de ressources en référence à l'annexe qualité-sécurité du contrat d'objectifs et de moyens qui lie l'établissement à son autorité de tutelle. Cette nouvelle politique confère donc à l'ANAES un rôle stratégique dans l'organisation du système de santé.

5. Les professionnels soignants et l'accréditation : pratiques et représentations

Nous avons pu constater que l'évaluation de la qualité des soins s'est déplacée progressivement d'une approche centrée sur les structures, vers une approche centrée sur le patient et les processus de sa prise en charge. En effet, pendant longtemps, la qualité des soins fut considérée comme dépendante de la bonne formation et de la bonne volonté des professionnels. Cette qualité, liée aux personnes a été complétée par la qualité de la structure avec l'apparition de références permettant d'en évaluer la conformité. Cette approche qui a permis d'améliorer l'organisation des établissements a trouvé ses limites pour apporter plus d'informations sur la qualité des processus et la qualité des résultats. L'incitation à la mesure de la satisfaction des patients a progressivement introduit leur point de vue dans l'appréciation globale du résultat (ANAES, 1999a). Le patient est ainsi placé au centre de la démarche d'accréditation.

Mais qu'en est-il des professionnels qui dispensent les soins ? Nous chercherons ici à rendre compte de leurs pratiques et de leurs perceptions au regard de la qualité, des démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité, et de l'accréditation en particulier. Une partie de la problématique de notre recherche porte sur ces questionnements et les données issues de la revue de la littérature pourront contribuer à éclairer les données recueillies dans le cadre des entretiens menés auprès d'aides-soignantes et d'infirmières.

5-1. La place des professionnels dans l'accréditation : du discours aux pratiques

5-1-1. Une implication souhaitée des personnels

L'ANAES indique que l'accréditation est un moyen pour inciter l'ensemble des professionnels des établissements de santé (soignants, médecins, personnels administratifs, agents d'entretien...) à analyser leur organisation et à améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Notamment, grâce à l'auto-évaluation et à la visite des experts-visiteurs, elle permet aux professionnels de réfléchir ensemble à leur organisation en fonction des différents besoins des personnes soignées ; de reconnaître les points forts et les points à améliorer ; de définir des actions prioritaires ; de faire évoluer leur façon de travailler dans le but de permettre à tous d'accéder à des soins de qualité ; de contribuer à mieux répondre aux différents besoins de chaque personne soignée et enfin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et des autres services (accueil, hôtellerie, information,...). Se faisant, l'accréditation crée une dynamique interne de valorisation d'un établissement et de tous les métiers qui y sont représentés.

M-H WALTER⁷⁶ précise que l'accréditation mobilise et implique les personnels hospitaliers à toutes les étapes du processus. La phase d'auto-évaluation est menée par des groupes projet et de référents qualité souvent choisis sur la base du volontariat. Certains agents peuvent être sollicités aux différentes phases du processus pour fournir toutes les informations dont ils disposent pour faciliter l'analyse. En outre, durant la visite d'accréditation, certains personnels auront à dialoguer avec les experts pour expliquer les pratiques de leur service. Certains agents pourront ensuite être amenés à participer à des groupes d'amélioration continue.

5-1-2. Les freins à la participation

Dans la réalité, l'introduction de la démarche d'accréditation (ou de toute autre forme de démarche d'évaluation et/ou d'amélioration de la qualité dans les établissements de santé) ne va pas sans susciter des réticences, voire une franche hostilité de la part des professionnels concernés. Ceux-ci peuvent pressentir une certaine remise en cause de leurs capacités professionnelles ou bien redouter une immixtion de l'administration dans le domaine des soins⁷⁷. En outre, les personnels hospitaliers, et les médecins en particulier, n'appréhendent pas toujours la qualité comme la résultante de l'activité de l'hôpital pris dans sa globalité⁷⁸.

M. SAN JULLIAN⁷⁹, cadre de santé, souligne que pour un professionnel de santé, entrer dans une démarche qualité n'est pas en soi naturel. Non pas que la qualité lui soit étrangère, mais elle semble aller de soi et n'avoir aucun besoin d'être recherchée ou d'être travaillée. Il va de soi que chaque soignant fait tout ce qui est possible pour un patient, en ce sens tout le monde et d'accord pour faire de la qualité, et pense faire de la qualité. En fait, la culture infirmière n'est pas axée vers ce genre de processus intellectuel. Les professionnels font de la qualité au quotidien : il n'est pas pensable en effet de faire de la non-qualité. De ce point de vue, certains soignants s'interrogent sur la nécessité d'institutionnaliser l'évaluation de la qualité des soins dès lors que le devoir de bien soigner, engagement essentiel du soignant vis-à-vis du malade, est énoncé dans tous les textes déontologiques.

5-2. Les représentations de la qualité et de l'accréditation

Les résultats de trois enquêtes, très différentes tant dans leur finalité que dans leur méthodologie, permettent de rendre compte des représentations de la qualité, de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité et de l'accréditation chez les professionnels.

5-2-1. L'enquête annuelle de l'ANAES : l'intérêt des professionnels pour l'accréditation

L'ANAES s'est donné pour objectif de commander chaque année une enquête réalisée auprès d'un échantillon représentatif des professionnels concernés par la démarche de

⁷⁶ M-H. WALTER (2000), *L'assurance qualité, clé de l'accréditation en santé*, Ed. Masson, (Coll. Encadrer l'hôpital).

⁷⁷ H. LETEURTRE, I. PATRELLE, J-F. QUARANTA, N. RONZIERE (1999), *La qualité hospitalière*, Ed. Berger-Levrault, (Coll. Audit Hôpital).

⁷⁸ C. SEGOUIN (dir.) 1998, *L'accréditation des établissements de santé. De l'expérience internationale à l'application française*, Ed. Doin (Coll. Les dossiers de l'AP-HP).

⁷⁹ M. SAN JULLIAN (1999), « Plaidoyer pour une démarche qualité », *Objectif Soins*, n° 81, p. III.

l'accréditation. La première enquête menée en 2001 ne concernait que les directeurs d'établissements de santé. Aussi, en 2002 l'ANAES a fait réaliser une seconde enquête auprès de directeurs d'établissements, de soignants (cadres ou directeurs de soins)⁸⁰ et de médecins. Son objectif était de mieux connaître l'impact des démarches qualité et d'accréditation sur les personnels⁸¹.

Il ressort de cette enquête que l'intérêt pour l'accréditation est toujours plus important parmi les professionnels travaillant dans des établissements ayant achevé la démarche. L'ensemble des répondants juge positivement la démarche : elle est enrichissante, génératrice de changements, pédagogique, susceptible de modifier leurs pratiques, mais est aussi caractérisée de formelle et de lourde. Les réponses des médecins et des directeurs diffèrent peu. Par contre, les soignants perçoivent plus positivement encore la démarche d'accréditation. Pour chaque catégorie de répondants l'intérêt pour la qualité et surtout pour l'accréditation est nettement plus marqué chez ceux qui ont achevé la procédure. Les soignants travaillant dans des établissements n'ayant pas achevé la procédure perçoivent la démarche comme étant significativement moins génératrice de changements et moins susceptible de modifier leurs pratiques.

Les comptes-rendus d'accréditation sont plus fréquemment consultés par les directeurs et les soignants que par les médecins. Les soignants les estiment plus souvent utiles, clairs explicites et susceptibles de modifier les priorités que les directeurs et les médecins. Cette perception est la même dans les établissements visités et non visités.

5-2-2. Les perceptions de la qualité

Cette étude⁸² menée dans une perspective cognitive et linguistique s'intéresse aux représentations de la qualité chez les différents acteurs des établissements sanitaires. Elle explore la qualité comme un fait de langage.

Les résultats font apparaître que la variable tenant au statut juridique de l'établissement influe peu sur la production discursive sur la qualité, tandis que la taille de l'établissement est nettement plus influente : les hôpitaux locaux se distinguent par une faible production discursive. De la même manière, la catégorie professionnelle est déterminante : ce sont les personnels de direction qui parlent le plus de qualité, ce dans une perspective managériale alors que les médecins et les soignants se caractérisent par une faible production discursive. Enfin, l'accréditation a également de l'importance : ceux qui travaillent dans un établissement accrédité parlent plus de qualité et de manière plus technique que leurs collègues exerçant dans un établissement non accrédité.

Par ailleurs, l'étude met en évidence l'absence d'une définition unique de la qualité. Les soignants se centrent plus souvent que les autres catégories sur les patients (accueil, confort,

⁸⁰ Nous pouvons noter que la catégorie des soignants n'inclut ni les AS, ni les IDE.

⁸¹ C. BRUNEAU, O. OBRECHT, C. LACHENAYE-LLANAS (2003), « Le point sur l'accréditation : une enquête nationale auprès de diverses catégories de professionnels de santé », *Gestions hospitalières*, n° 422, pp. 13-17.

⁸² J-P. CLAVERANNE, D. VINOT, S. FRAISSE, M. ROBELET, D. CANDEL, D. DUBOIS, P. MARCHAUDON (2003), *Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé*, Rapport de recherche GRAPHOS-CNRS, LCPE /LNST-CNRS.

bien être, soins, hygiène et écoute du malade). La logique des soignants est marquée par les aspects relationnels de la qualité des soins accordés au patient et inscrite dans une pratique collective professionnelle. La logique médicale s'appuie essentiellement sur un référentiel technique, tandis que la logique des responsables administratifs reprend les formes discursives proches des textes officiels.

Ce sont les soignants qui parlent le plus du recours à l'écrit, essentiellement des protocoles. Ils sont perçus comme des penseurs-bête qui formalisent des routines qui pré-existaient à l'état informel. Ces écrits résultent de compromis (groupes de travail) dépendant largement des initiatives prises par le cadre infirmier. Cependant, ces documents ne contribuent pas à l'amélioration de la qualité, l'écrit étant avant tout envisagé comme un moyen de rationaliser l'activité des soins.

Globalement, l'accréditation est perçue positivement comme contribuant à l'amélioration de la qualité en général : elle mobilise les personnels, favorise les échanges, introduit de nouveaux comportements et offre une reconnaissance du travail de soins.

5-2-3. Une enquête sur les pratiques d'amélioration de la qualité

Enfin, nous pouvons signaler une autre étude⁸³, moins récente que les deux premières, dont l'objectif est de rendre compte des pratiques d'amélioration de la qualité dans les établissements de santé publics et privés.

L'enquête montre que les démarches d'amélioration de la qualité sont définies suite à une obligation – et non à une volonté – impliquée par l'accréditation. En tant qu'obligation légale, l'accréditation constitue un levier en matière de réflexion et d'amélioration de la qualité.

Dans l'ensemble, les démarches d'amélioration de la qualité restent verticales, du fait du cloisonnement entre les services et les activités et concernent essentiellement les services de soins. Ces pratiques impliquent l'ensemble des catégories tant dans leur pilotage, leur élaboration que leur mise en œuvre (auto-évaluation, projet d'amélioration et évaluation).

Cependant, l'engagement de la direction dans le pilotage de la démarche est faible, cela pouvant s'expliquer par la faible association de la démarche au projet d'établissement, c'est-à-dire à la stratégie de l'organisation. Le corps médical est également faiblement représenté, contrairement au corps soignant⁸⁴ (principalement les infirmières générales et les cadres infirmiers supérieurs).

La grande majorité des établissements met en œuvre une phase de détection de la non-qualité (auto-évaluation). En revanche, il n'existe pas d'auditeur interne de la qualité, cette mission est assurée de manière diffuse, essentiellement sur le principe de l'observation directe et d'un audit effectué sur la base des critères d'évaluation. Les propositions d'amélioration de la qualité reposent sur des travaux réalisés par des groupes de travail ou de projet composés, sur le principe du volontariat, d'acteurs de différents niveaux hiérarchiques, mais appartenant au même service la plupart du temps. La majorité des établissements compte réaliser une

⁸³ S. BERTEZENE (1996), « Démarches d'amélioration de la qualité : état des lieux », *Gestions Hospitalières*, pp. 710-722.

⁸⁴ La catégorie des soignants inclut ici des AS, ASH et IDE.

évaluation de leur démarche, le plus souvent en comparant les résultats obtenus avec les critères de l'accréditation contenus dans le guide de l'ANAES. Les critères utilisés sont alors essentiellement qualitatifs et rarement financiers.

Comme nous l'avons montré dans cette première partie, les hôpitaux publics français se sont lancés, depuis les ordonnances « Juppé », dans un mouvement de certification et d'accréditation. Ce mode de gestion des organisations hospitalières s'il est récent dans l'histoire des établissements hospitaliers, a déjà une longue histoire dans le domaine de l'industrie. Il s'agit d'un grand mouvement de rationalisation du système productif qui prend naissance dans les milieux industriels là où la standardisation était plus facile à obtenir. Cette évolution prendra une forme nouvelle avec la progression du secteur tertiaire où la relation de service prédomine. La rationalisation sera recherchée d'autant plus fortement que le contexte socio-économique et politique devient exigeant en termes de performances. C'est la raison pour laquelle, dans le secteur hospitalier les premiers services concernés par ce mouvement seront les plus facilement externalisables tels que la restauration et le ménage.

II. De la certification à l'accréditation dans le secteur industriel

Afin de comprendre et cerner les principales caractéristiques de l'accréditation hospitalière et les éventuels effets que cette dernière pourrait avoir sur l'activité de travail des professionnels, il convient de retracer l'histoire du mouvement de certification et la normalisation dans l'industrie ainsi et d'exposer synthétiquement les travaux effectués par les sociologues et les économistes sur le sujet.

1. Une brève histoire de la certification et de la normalisation

La question de la certification, comme tout phénomène, possède un passé. Celui-ci accompagne de près la naissance de notre société industrielle et son développement. Par ailleurs, elle se confond parfois avec l'apparition des politiques managériales gravitant autour de la notion de qualité. C'est la raison pour laquelle, il est important de bien définir au préalable ces deux termes.

La normalisation peut être définie comme un « processus d'élaboration et de production de documents de référence c'est-à-dire de normes » alors que **la certification** « est l'attestation de conformité d'une entité à des normes, par un organisme tiers »⁸⁵.

Si certains auteurs remontent à l'ère presque pré-historique pour expliquer la naissance de la normalisation et de la qualité⁸⁶, il est incontestable que les principaux ingrédients du

⁸⁵ A. GRECARD (1996), « Normalisation, certification : quelques éléments de définition », *Revue d'économie industrielle*, N°75, p. 45.

⁸⁶ Voir l'ouvrage de F. KOLB (2002), *La qualité. Essai sur l'évolution des pratiques de management*, Paris, Ed. Vuibert, (Coll. « Entreprendre »), notamment pages 15 à 20. Egalement à consulter le numéro spécial de l'ADSP (juin 2001, p. 19) sur l'accréditation où l'on peut lire un article de Fabien Martinez qui inscrit la qualité dans une durée historique de plus de 4000 ans ! De telles affirmations montrent à quel point nous avons affaire à une forme de construction mythique. Souvent les ouvrages de « qualitiens » recherchent dans un passé lointain les arguments pour justifier leurs idées montrant par là l'aspect presque « naturel » d'une telle dimension puisqu'elle existe depuis la nuit de temps...

processus de normalisation émergeront à la fin du XIX^e. En effet, l'apparition de l'organisation taylorienne du travail provoque une transformation en profondeur du secteur industriel. Les ingénieurs devant veiller à la bonne marche du système productif devaient s'assurer que les pièces produites dans différentes unités de travail pouvaient être façonnées dans d'autres. La question de l'ajustement des pièces et de leur assemblage se pose de manière récurrente. Cette situation est illustrée de manière forte par les industries de l'armement. En effet, c'est au sein de ce secteur que les premières bases de la normalisation ont été jetées. Pour le cas de la France la tradition de normalisation remonte à la fin du XVII^e. Le « 15 avril 1689, Louis XIV organise le contrôle des fabrications pour la Marine »⁸⁷. C'est à partir de ce domaine que la normalisation va se développer progressivement dans l'ensemble du tissu économique. La première guerre mondiale va marquer un tournant significatif car l'armée française va imposer ses contraintes et ses exigences en termes de fabrication. C'est en 1918 qu'Étienne Clément ministre du commerce créa une Commission permanente de standardisation (CPS). La CPS avait pour mission d'assurer une unification dans les modes de productions mécaniques et métalliques. En 1924 cette commission cesse ses activités faute d'intérêt de la part des industriels et le terme de standardisation disparaît⁸⁸.

Il faut attendre 1926 pour voir l'imposition du terme de *normalisation et de norme* en France avec la création de l'Agence française pour la normalisation (AFNOR). Dans ce cadre la norme est définie de la manière suivante :

« Spécification technique ou autre document accessible au public, établi avec la coopération et le consensus ou l'approbation générale de toutes les parties intéressées, fondé sur les résultats conjugués de la science, de la technologie et de l'expérience, visant à l'avantage optimal de la communauté dans son ensemble et approuvé par un organisme qualifié sur le plan national, régional ou international »⁸⁹.

Si la norme paraît très proche de la spécificité technique, elle se distingue par sa portée et son mode d'élaboration. La spécificité technique peut se limiter à une entreprise ou un secteur précis tandis que la norme sera partagée par l'ensemble de « parties intéressées ». La norme dans le cadre de la normalisation suppose une élaboration impliquant les usagers et les techniciens. Par ailleurs, la norme en France, n'a pas un caractère obligatoire. Il s'agit d'une référence. La norme participe ainsi d'un cadre contractuel définissant la qualité minimale qu'il faut atteindre pour élaborer un produit ou réaliser un service. L'idée de référence est centrale car la normalisation suppose l'existence d'un organisme tiers pouvant effectuer la certification.

À ce stade la question de la place des normes dans le processus de normalisation peut être doublement interprétée. Si normaliser ne signifie pas réglementer et si la démarche est exempte de tout caractère prohibitif et de sanction, elle peut alimenter la thèse de l'innovation. J. IGALENS et H. PENAN estiment que « la normalisation moderne évite de proposer des moyens pour réaliser les produits mais fixe des objectifs à atteindre, laissant les entreprises innover et réaliser les solutions techniques adéquates »⁹⁰. De l'autre côté, l'idée de

⁸⁷ J. IGALENS et H. PENAN (1994), *La normalisation*, Paris, Ed. Puf, (Coll. « Que sais-je ? »), p. 17.

⁸⁸ En effet, le terme de standardisation est employé dans la littérature anglo-saxonne. La France utilise « normalisation ». Sur le sujet voir J. IGALENS et H. PENAN, *Op. Cit.*

⁸⁹ In International Organization for Standardization, (ISO) Chap. III, p. 42.

⁹⁰ *Op. Cit.* p. 94;

normalisation nourrit les idées d'une certaine rigidité et de développement d'une inertie freinant toute innovation⁹¹. En effet, la réduction des variétés excessives peut conduire l'entreprise à optimiser sa diversité créative. Comme le souligne fort justement A. GRENARD « la normalisation est-elle un vecteur de progrès technique ou au contraire, une source de rigidités ? »⁹².

La normalisation va s'étendre à partir du domaine militaire. Les États-Unis ont représenté pendant plusieurs années la référence dans le domaine de la norme militaire. Ainsi les normes éditées par l'OTAN n'étaient que la transposition des normes de l'armée américaine⁹³. L'armée française dans un premier temps optera pour cette simple traduction (GAM, Guerre Air Marine, AQ, etc.) mais l'OTAN et la DGA américaine choisissent de prendre un principe de « subsidiarité ». À partir du moment où le domaine civil peut couvrir l'exigence des normes, il n'est pas nécessaire d'en élaborer de nouvelles. La France va s'affranchir peu à peu de la prédominance américaine notamment à partir de 1984. Si le système français de normalisation a été initialement exposé dans un décret du 24 mai 1941, il faut attendre 1984 pour fixer le statut de la normalisation. La structure pivot du système français de normalisation est l'AFNOR. Sur le plan international l'International Standardization Organization (ISO) existe depuis 1947. Les normes ISO 9000 qui concernent la qualité dans le cas de la France sont devenues incontournables depuis la fin des années 1970. En effet, c'est en 1976 « que la commission chargée de promouvoir la qualité des produits industriels commence ses travaux dans le cadre du ministère de l'Industrie. En 1983, selon Igalens et Penan, la première édition de l'ouvrage AFNOR, « *Gérer l'assurance qualité* » définit les conditions nécessaires à la construction de la qualité du point de vue du producteur sous les normes X 50-109 et 50-110 et le titre « recommandations pour un système de gestion qualité à l'usage des entreprises ». En 1986, un accord international sur la normalisation conduit l'AFNOR à publier une seconde édition qui sera réactualisée en 1992. L'ensemble de ce paysage gagnera en complexité avec l'entrée en scène de l'Union Européenne qui mettra en place également un organisme de normalisation tendant à harmoniser les normes existantes dans l'espace européen⁹⁴.

Ce mouvement né dans l'industrie va progressivement s'étendre au secteur des services, secteur occupant aujourd'hui une place prépondérante. Les réflexions autour des normes et de la certification conduiront les entreprises françaises à mettre en place des politiques de qualité. En effet, l'objectif de la mise en place d'une politique de certification et de normalisation s'inscrit dans la logique d'une démarche qualité. Dans cette perspective, les politiques mises en place englobent l'ensemble des secteurs de l'économie. Le secteur privé ainsi que le secteur public élaborent des procédures dans le cadre d'une démarche qualité. Si la qualité peut être définie comme « la satisfaction des besoins du client ». Cette définition cache une multitude de représentations et d'interprétations possibles. Ainsi la notion de besoin elle-même peut se prêter à de nombreuses discussions. Ils peuvent être implicites ou explicites. Ils peuvent intégrer les procédures, l'esthétique, la sûreté des produits, la sécurité

⁹¹ Sur ce sujet voir D. FORAY (1993), « Standardisation et concurrences : des relations ambivalentes », *Revue d'Economie industrielle*, N° 63.

⁹² *Op. Cit.* p. 47.

⁹³ Voir sur ce sujet W.A SHEWART (1989), *Les fondements de la maîtrise qualité*, Paris, Economica, (Trad. Statistical Method from the Viewpoint of Quality, 1939).

⁹⁴ Le Comité européen de normalisation (CEN) est créé en 1961 en Belgique, ses statuts ne seront publiés qu'en 1975. Il partage une partie de ses tâches avec le Comité européen de normalisation électronique (CENELEC).

etc. Enfin, la formulation du besoin du client peut également poser question car elle ne correspond pas exactement à celle du producteur.

À l'éventail extérieur (clients) des représentations sociales de la qualité correspond à un éventail interne (salariés) des représentations sociales de la qualité. En effet, il existe de « visions indigènes » de la qualité. E. BONNET a montré que lors de l'appropriation de la démarche qualité dans l'industrie, on pouvait observer des dysfonctionnements importants tels que le rejet des techniques par le personnel, la mauvaise compréhension des méthodes ou encore la difficulté à assimiler les concepts. L'argument avancé par les ingénieurs se focalise autour de l'implication de la motivation des salariés concernés par la démarche. Or, E. BONNET dénote une toute autre réalité, à savoir que la qualité ne paraît pas comme une situation éloignée des salariés : « tout le monde a une idée de ce qu'est la qualité, et chacun semble revendiquer la qualité des produits qu'il fabrique »⁹⁵. Elle émet l'hypothèse que « l'engagement et l'implication dans les actions sont liés à ce que nous appelons « les visions indigènes de la qualité » (...) Elles tiennent à des façons de faire, des itinéraires antérieurs, des modes de vie, des cultures de métier »⁹⁶. De cette façon, la démarche qualité telle qu'elle est conçue par les ingénieurs et autres experts, montre une vision idéalisée de l'organisation et de la technique. Or, face à cette vision il existe d'autres manières d'évaluer la qualité et de voir l'organisation.

Malgré tous ces problèmes, la normalisation et la démarche qualité finiront par toucher l'ensemble des entreprises. La démarche qualité qui concernait d'abord la fonction de production affectera les autres fonctions de l'entreprise. La *démarche qualité devient totale* ou « management total de la qualité » (TQM). Le management total de la qualité est défini par la norme ISO 8402 comme « un mode de management centré sur la qualité, basé sur la participation de tous les membres associés à la démarche et visant au succès à long terme pour la satisfaction du client et à des avantages pour les membres de l'organisation et pour la société ». Selon IGALENS et PENAN le TQM apporte des nouveautés dans la mesure où il va inclure les ressources humaines dans la démarche qualité au même titre que les autres ressources, il mettra au premier plan la participation aux décisions ainsi qu'il englobe salariés et clients dans la même démarche.

Le processus de normalisation dans le cadre des normes ISO 9000 est une procédure complexe. Elle interroge l'ensemble des fonctions des entreprises et s'inscrit dans un contexte international exigeant une forte mobilisation et adaptation face à la concurrence. Dans ce contexte comment la question de la certification et la normalisation dans le cadre des normes ISO 9000 a-t-elle été traitée ? Quelles sont les différentes perspectives dégagées par les chercheurs dans ce domaine ?

⁹⁵ E. BONNET (1996), « Les visions indigènes de la qualité. À propos de l'appropriation de la démarche qualité dans l'industrie », *Revue d'économie industrielle*, n° 75, p. 78.

⁹⁶ *Op. Cit.* p. 78.

2. L'assurance qualité : une pratique d'inspiration américaine mais une idée développée par les Japonais

2-1. TAYLOR et FAYOL : la qualité-conformité

Le développement de la normalisation et de la certification va contribuer à faire émerger progressivement la question de la qualité. Si l'histoire de la gestion de la qualité va accompagner l'histoire du management il faudra attendre les années 1960 pour cerner une véritable autonomie de cette démarche par rapport à d'autres modes de management.

L'assurance qualité implique le fait de veiller à une bonne coordination entre les différents acteurs participant à la fabrication d'un produit. Toutefois, celle-ci ne se résume pas à ce type de démarche. En effet, ce souci de recherche de coordination et d'ajustements on peut l'observer déjà à l'œuvre dans les travaux de TAYLOR et FAYOL⁹⁷. Pour TAYLOR la maximisation de la productivité était l'enjeu majeur. La recherche de temps morts et la maîtrise totale de la flânerie des ouvriers étaient deux éléments primordiaux. La méthode taylorienne se fonde sur une approche privilégiant les modèles théoriques du travail. Tout le raisonnement de Taylor vise à atteindre un but. C'est la raison pour laquelle, les gestes seront examinés attentivement afin de trouver les plus efficaces. Dans un tel système, on cherche à évaluer la conformité à ce qui a été préalablement défini. Un tel système ne tolère les aléas ni les failles qui sont alors attribués aux opérateurs et non au système.

Cette remarque est à nuancer lorsque l'on examine l'approche de FAYOL. À l'opposé de TAYLOR, FAYOL ne s'intéresse pas au geste et à sa précision mais à l'administration (management). L'ingénieur ne doit pas simplement produire des procédés efficaces mais doit prévoir, coordonner et contrôler pour que les objectifs soient atteints. Ainsi, lorsque c'est possible on peut prévoir les difficultés, dans le cas contraire selon FAYOL, il convient de réagir. La qualité durant cette période apparaît comme une question de **conformité**. Il suffit de mettre en place les procédures internes nécessaires pour parvenir à une qualité. Toutefois, la question de la conformité reviendra à l'ordre du jour dans les processus de mise en place des démarches qualité et notamment dans la confection des procédures d'accréditation. Comment distinguer la conformité de la qualité ?

2-2. Le rôle de la quantification dans l'émergence de l'assurance qualité : Shewart, Deming, Juran et Feigenbaum

Il faut attendre l'expérience d'E. MAYO de la Western Electric pour qu'une réflexion sur l'assurance qualité commence à se dessiner. À la suite des expériences autour des ateliers Hawthorne, on désignera, dans cette usine, un responsable du service assurance qualité à savoir SHEWART. Il publiera en 1931 *Economic control of quality of manufactured product* et en 1939 *Statistical method from the viewpoint of quality control*. Le passage opéré dans ces deux ouvrages est important car il s'agit moins de rester dans une démarche de contrôle *a posteriori* où l'on va inspecter et d'une imposition de normes *a priori*. On passe à une gestion continue du processus de production : « on contrôle aux différents stades d'avancement de la

⁹⁷ F.W. TAYLOR (1965), *La direction scientifique des entreprises*, Paris, Ed. Dunod et FAYOL H. (1981), *Administration industrielle et générale*, Paris, Ed. Dunod.

production que les opérations importantes vont bien donner le résultat escompté »⁹⁸. Ce changement est majeur et il va se répercuter jusqu'à nos jours avec les démarches qualité observées dans l'industrie et le secteur hospitalier.

Toutefois, SHEWART ne recherchait pas une participation des ouvriers à la production et encore moins à la définition du mode de production. Il s'agissait bien d'augmenter l'efficacité des ouvriers et des modes de production en les contrôlant continûment pour en tirer les enseignements nécessaires à son amélioration. Le taylorisme sort ainsi renforcé avec l'introduction des contrôles dans la chaîne de production et de manière régulière dans l'ensemble du processus⁹⁹.

Il faut attendre l'épopée japonaise de trois auteurs pour voir émerger les démarches qualité. En réalité, après la seconde guerre mondiale les principaux pays occidentaux sont préoccupés par le développement de la production. Les outils déployés à cette période vont pour l'essentiel se concentrer sur le contrôle de la progression des coûts. Les bureaux des méthodes seront les services à la pointe d'une telle démarche en appuyant les contrôles nécessaires à la bonne tenue de marges des coûts.

Au Japon des auteurs tels que DEMING, JURAN et FEIGENBAUM vont tour à tour développer un enseignement de la qualité. DEMING et JURAN ont travaillé à la Western electric dans l'équipe de SHEWART et avaient à l'époque tenté de prêcher la démarche qualité aux États-Unis. FEIGENBAUM est quant à lui un ancien ingénieur de la General Electric. Ces trois auteurs ont un commun d'avoir séjourné au Japon durant les années 1950 et d'avoir fréquenté K. ISHIKAWA à partir des années 1960, période où l'on observera une diffusion profonde des méthodes de recherche de la qualité. Ils vont élaborer une méthode continue d'amélioration de la qualité en adoptant un système de management complet. Ce système reçu le nom de *Company Wide Quality Control* (CWQC). On appliquera la qualité non seulement aux modes de productions mais à l'ensemble des fonctions de l'entreprise.

Plus précisément, DEMING a défendu l'idée de se doter d'un outil statistique permettant de suivre le processus de production¹⁰⁰. En effet, il va s'employer à cerner les causes de la non-qualité. Pour ce faire, il va distinguer *les causes communes* et *les causes spéciales* des dysfonctionnements. Les premières sont inhérentes au système de production lui-même (capacités des machines, compétences des professionnels, propriétés des matières premières élaborées etc.) et les secondes proviennent des perturbations accidentelles. Dans cette optique, il s'agit d'éliminer les causes accidentelles tout en maintenant un contrôle sur les causes communes. L'outil statistique sera fortement utilisé pour construire des tableaux de bord facilitant la lecture et le suivi. Outre cet apport, DEMING laissera également une série de recommandations et d'admonestations qui deviendront les bases du programme de la démarche qualité. Dès l'année 1954 JURAN¹⁰¹ est invité par le japonais ISHIKAWA pour diriger un séminaire au Japon et en 1951, publie un ouvrage intitulé *Quality Control*

⁹⁸ F. KOLB, *Op. Cit.*, p. 33.

⁹⁹ On pourrait dire la même chose du fordisme. En effet, Ford en introduisant la chaîne et la standardisation des procédures contribue à cimenter l'idée de la qualité comme conformité.

¹⁰⁰ Voir W.C DEMING (1988), *Qualité : la révolution du management*, Paris, Ed. Economica, (tra. Anglais, *Out of crisis*, 1986).

¹⁰¹ J-M JURAN (1989), *Planifier la qualité*, AFNOR, Paris. (tra. *On planning for Quality*, 1988).

Handbook avec FEIGENBAUM¹⁰². Celui-ci publie en 1951 *Total Quality Control* où les principes de la qualité totale seront énoncés. Ce n'est donc pas simplement la qualité de produits qui est visée, comme la maîtrise statistique peut le laisser penser mais il s'agit de toucher toutes les fonctions de l'entreprise. Pour FEIGENBAUM la plupart des dysfonctionnements se produisent en dehors du système de production.

Avec cet ensemble de principes le Japonais ISHIKAWA¹⁰³ diffusera l'idée selon laquelle la qualité est une démarche nécessaire à la bonne marche de l'entreprise et à sa compétitivité. L'industrie japonaise connaîtra par la suite une progression et un rayonnement sans précédent dans le monde. Cependant, pendant des années la démarche qualité, notamment dans les pays occidentaux, sera assimilée à la recherche d'une conformité des objets produits à un modèle préalablement défini. Il faut attendre l'émergence de la qualité totale pour que l'idée des besoins s'impose.

2-3. La démarche qualité et le marché : une réalité connectée

Outre les éléments d'histoire de la certification et de la démarche qualité, il convient de mettre en perspective ces premières informations avec une certaine vision du marché. Les réflexions menées sur la qualité dans les entreprises s'accompagnent d'une réflexion sur la meilleure manière d'être compétitif.

En effet, on ne peut ignorer les liens qu'il y a entre la mise en place de telles démarches et l'état du marché économique à un moment donné. La démarche qualité vise *in fine* la transformation de l'ensemble du système de production et notamment l'amélioration ainsi que le perfectionnement du produit. Il s'agit de se doter d'un système qui permettra de se différencier et d'apporter un avantage concurrentiel dans un contexte de forte compétition.

En réalité, la qualité est une politique qui se développe dans un contexte économique de crise et de bouleversement des modes de production et de consommation. Le souci de mieux adapter les produits et les services conduit à une mutation du marketing en dépassant le modèle consensuel et monolithique du consommateur. On passe d'un système standardisé où le consommateur est unique à un système où le consommateur apparaît multiple et protéiforme. Dans cette perspective, c'est la relation client-fournisseur qui va se trouver perturbée. Les premiers aspects à être modifiés par ces réflexions seront les processus de flux (la logistique). Il s'agira de rationaliser l'ensemble du système pour aboutir à une méthode contrôlant les coordinations entre les différents éléments. Le juste à temps, le zéro stock, le zéro délai seront les slogans de ce genre d'organisation¹⁰⁴.

Plus précisément, les années 1960 et 1970 se distinguent par une remise en cause de la consommation de masses et par le premier choc pétrolier. La qualité est en quelque sorte le fruit d'un contexte de crise. En effet, la crise économique a une double conséquence dans le développement des démarches qualité. D'une part, elle oblige à remettre en cause la

¹⁰² La version française de cet ouvrage apparaît uniquement sous le nom du second co-auteur : A.V FEIGENBAUM (1984), *Comment appliquer le contrôle total de la qualité. Les dossiers du savoir-faire*, Paris, Ed. de l'entreprise, (tra. Total Quality Control 1983).

¹⁰³ K ISHIKAWA (1981), *Le TQC ou la qualité à la japonaise*, Paris, AFNOR, K. ISHIKAWA (1989), *La gestion de la qualité : outils et applications pratiques*, Paris, Ed. Dunod.

¹⁰⁴ C'est dans cette période où P. CROSBY lance son célèbre programme « zéro défaut ».

planification des entreprises qui avait permis la croissance économique et d'autre part, elle montre le succès des politiques japonaises. Le contexte de crise est un facteur important pour expliquer l'appel à la démarche qualité. Comme souligné dans la première partie, le secteur hospitalier développe cette démarche dans un environnement caractérisé par une recherche de maîtrise de coûts et une rationalisation des soins. Les années 1980 et surtout 1990 se singularisent par cette recherche de plus en plus formelle d'un contrôle fort des dépenses de santé. La démarche qualité s'inscrit dans cette optique nous semble-t-il à l'instar des politiques des cercles de qualité pratiqués dans l'industrie française à partir des années 1980.

Dans le secteur des services, le cheminement de la démarche conduisait les entreprises à se concentrer sur le client comme figure centrale. Mais dans la plupart des cas, la satisfaction du client est minorée et ne peut être évaluée qu'à partir de la conformité de la procédure appliquée. Dans le secteur bancaire, on développera une politique visant à remettre à plat l'ensemble de la gestion de la clientèle en aménageant l'espace d'accueil du client. Un *front office* sera repensé par les directions des agences à partir de la nouvelle figure du client. Une façade avancée et automatisée avec des distributeurs des billets et des services, en arrière plan le guichet classique réservé aux actes plus complexes. On assiste à un redéploiement des agents car l'activité commerciale sera abondamment développée pour affermir et perfectionner la gestion du portefeuille client¹⁰⁵.

2-4. L'essoufflement de la démarche qualité

Néanmoins, la démarche qualité commencera, à partir des années 1990, dans le secteur industriel, à connaître à un essoufflement (cercles, qualité totale, etc.). De cette façon, la qualité totale, qui avait été présentée comme la solution à tous les problèmes, – la production, la satisfaction des salariés et des clients, la participation dans l'entreprise, des actionnaires etc.– et la rhétorique autour des vertus des démarches qualités apparaît assez hypertrophiée par rapport à ce qu'elle pouvait vraiment résoudre. L'envers du décor des tentatives de mise en place et des échecs est assez exemplaire dans ce domaine. Les manuels et les ouvrages réalisés sur cette question énumèrent une liste d'erreurs commises durant le processus pour expliquer la disparition progressive de cette démarche dans l'industrie. À ce titre nous pouvons citer les points suivants :

- Les puristes de la qualité estiment que les démarches entamées ne relevaient pas d'une démarche de qualité, mais d'une simple mise en place de la conformité (assurance/qualité).
- La faible implication de la direction dans bien des entreprises se traduit par un effet d'absence de légitimité de la démarche elle-même.
- Le changement de direction en cours du processus est un élément d'essoufflement de la démarche.
- En principe, l'introduction de la démarche qualité doit aboutir à la mise en place d'un nouveau style de management. La participation est le maître mot. Or, la plupart du temps celle-ci était soit inexistante, soit conduite de manière arbitraire.

¹⁰⁵ Sur ce sujet voir les travaux de D. COURPASSON (1995), « Éléments pour une sociologie de la relation commerciale. Les paradoxes de la modernisation dans la banque », *Sociologie du travail*, n° 2, Sur la question de la segmentation, D.COURPASSON (1994), « Marché concret et identité professionnelle locale », *Revue française de sociologie*, Vol. N° 35, n° 2.

- La démarche qualité a été présentée comme une solution miracle. Or, les résultats escomptés n'ont pas toujours été atteints provoquant par-là une désillusion forte.
- La qualité totale a été aussi perçue comme une affaire d'élites. Seules certaines entreprises pouvaient se doter d'une telle démarche.
- Enfin, l'absence d'une formation sur la procédure elle-même n'a pas favorisé la mise en place de la démarche.

Par ailleurs, il apparaît que la démarche qualité a connu un succès plus rapide et facile dans le secteur industriel que dans le secteur tertiaire. Dans ce secteur, la notion de processus est plus facilement comprise, les dysfonctionnements sont plus aisément identifiables, le système de production est davantage « objectivable ». Le contexte favorise la mise en place d'une telle démarche alors que dans le secteur des services ces éléments sont moins facilement explicites. C'est la raison pour laquelle, dans le secteur des services il sera plus facile de commencer par les unités plus techniques qui se prêtent le mieux à ce genre de démarche tels que les services généraux, la restauration ou le ménage¹⁰⁶.

3. Les normes ISO 9000 : entre dénonciation et admiration

L'analyse de la mise en place des normes ISO 9000 et de la démarche qualité a mobilisé sociologues, économistes et gestionnaires. Nous allons nous attarder essentiellement sur les travaux effectués par des sociologues sur le sujet et nous nous limiterons à tracer les grands enseignements de la question pour mieux contextualiser notre problématique dans le cadre d'une approche des conditions de travail dans le secteur hospitalier. De ces travaux, nous pouvons tracer une ligne de démarcation assez claire entre d'une part, des travaux soulignant l'aspect « révolutionnaire » de l'introduction de la démarche qualité, et d'autres travaux montrant les incidences notamment pour les collectifs de travail. Autrement dit, tout se passe comme si les travaux en sociologie soulignent d'une part le caractère prescriptif de la démarche qualité et d'autre part, son caractère complexe¹⁰⁷. Effectivement, les salariés signalent une plus grande autonomie depuis la mise en place des démarches qualité en même temps que l'apparition des nouvelles formes de prescription. Selon l'AFNOR, les normes ISO 9000 sont définies comme « un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences ». L'exigence est envisagée comme un besoin ou une attente explicite ou implicite du client¹⁰⁸.

3-1. L'émergence de la notion de qualité dans les travaux sociologiques

Concernant les travaux en sociologie, il est intéressant de constater une oscillation dans les réflexions et analyses effectuées sur le sujet. En effet, les travaux en la matière vont de la simple dénonciation à l'admiration pure d'une telle méthode. Toutefois, la discipline la plus prolifique sur le sujet est sans doute la gestion. La liste d'ouvrages, recommandations, principes et méthodes est interminable. Afin de garder une certaine cohérence dans notre propos nous nous limiterons ici à établir un état de lieux de la littérature sociologique. En effet, la sociologie française a commencé à s'intéresser à la question à partir des années 1990.

¹⁰⁶ Souvent on va adopter une démarche de certification dans ces services, voire comme c'est souvent le cas une externalisation.

¹⁰⁷ Voir notamment l'article de N. GREENAN, S. HAMON-CHOLET (2000), « Les salariés industriels face aux changements organisationnels en 1997 », *Premières synthèses*, N° 09-03 Dares.

¹⁰⁸ Nous avons évoqué cet aspect à la page 33 pour le secteur hospitalier.

Autrement dit, à un moment où les méthodes de certification et d'accréditation liées à la qualité étaient bien installées en France. Toutefois, les normes ISO 9000 font partie d'un univers plus large qui est celui de l'introduction d'une nouvelle notion dans le domaine du travail à savoir la qualité.

Cette dernière reste très difficilement définissable tant les usages sont multiples. Ainsi, que l'on se place du point de vue du sociologue, de l'économiste ou du gestionnaire les éléments composant cette notion ainsi que les réalités désignées sont variables.

Dans un texte récent, C. MUSSELIN et C. PARADEISE¹⁰⁹ tentent de réaliser une synthèse de la question de la qualité. Pour ces auteurs, la question de la qualité apparaît dans la littérature sociologique à partir des débats autour de la question du travail. Comment le décrire ? Le langage commun, constatent les auteurs, utilise les expressions de travail « non-qualifié » et du travail « qualifié » pour opposer deux modes ou deux réalités. Soit l'état de ce qui est qualifié, soit le processus qui conduit à qualifier un travailleur.

De cette façon, le premier type d'approche a donné lieu à une série de travaux consacrés à l'identité professionnelle et au statut social de personnes désignées. L'étude de la qualification sert alors à dénoncer les méfaits du taylorisme et l'apparition de la déqualification des travailleurs. Dans cette optique les auteurs distinguent les qualités intrinsèques de l'individu et les qualités requises pour occuper un poste de travail. Cette tradition trouve son fondement dans les travaux de G. FRIEDMAN¹¹⁰ débouchant sur des études sur la confiscation du savoir ouvrier¹¹¹. Dans la même période P. NAVILLE abordera la question dans une perspective que l'on peut nommer de « constructiviste » dans la mesure où la qualification est le résultat d'un construit social effectué par un ensemble d'individus ou institutions à un moment donné. Celui-ci sert à définir les qualités requises pour la tenue de tel ou tel poste de travail. Selon MUSSELIN et PARADEISE cette approche privilégiera la dialectique entre *les qualifications de la personne* et *la qualification du poste de travail*¹¹². « Dans tous les cas, nous signalent les auteurs, il apparaît que la reconnaissance des *qualités* des personnes est le produit *d'un travail de qualification*, où s'affrontent divers intérêts visant à en cristalliser telle ou telle définition sociale »¹¹³.

Ultérieurement, l'étude de la qualité sera transposée en économie, dans le cas français, à partir de la question de la segmentation des marchés et des produits. Dans cette perspective KARPIK¹¹⁴ va formuler les premières réflexions sur « une économie de la qualité » à partir du cas des avocats et du barreau. Ces derniers se caractérisent par un monopole fort de leur activité. Ils disposent également d'une information et des techniques totalement asymétriques par rapport à leurs clientèles. Il existe donc une incertitude quant à la réussite des actes d'une part et à la fixation d'un prix d'autre part. Par ailleurs, l'asymétrie de l'information est très importante entre les protagonistes. C'est pourquoi, KARPIK plaide pour une *économie du jugement* qui va organiser l'économie dans certains secteurs. On voit à travers l'exemple des

¹⁰⁹ C. MUSSELIN et C. PARADEISE (2002), « Le concept de qualité : où en sommes-nous ? », *Sociologie du travail*, N° 2, Vol. 44, p. 256-260.

¹¹⁰ Voir G. FRIEDMAN (1956), *Le travail en miettes*, Paris, Ed.; Gallimard.

¹¹¹ M. FREYSSENET (1990), « Les techniques productives sont-elles prédictives ? L'exemple des systèmes experts en entreprise », *Gip, Mutations industrielles*, Paris.

¹¹² Voir les travaux de P. ROLLE et P. TRIPIER (1979), *Le mouvement de qualifications*, Paris, Rapport cordes.

¹¹³ *Op. Cit.* p. 257.

¹¹⁴ L. KARPIK (1989), « L'économie de la qualité », *Revue française de sociologie*, n° XXX, p. 187-210.

avocats que l'analyse de la « qualité » ici désigne le processus à travers lequel on va déterminer qui est un bon ou un mauvais avocat. La qualité peut ainsi désigner un processus d'attribution dans des secteurs où il est difficile de tenir la thèse de l'offre et la demande comme schéma explicatif pour définir ou arrêter un choix. Ces idées ouvriront les portes aux études associant sociologie et économie. En effet, les travaux vont s'intéresser davantage aux espaces intermédiaires où vont s'élaborer les standards de la qualité ou la mise en place des réseaux socio-techniques permettant d'élaborer les critères de normalisation.

En sociologie, les réflexions sur la démarche qualité débutent à partir d'une réflexion sur la notion de la qualification avec une série de travaux qui vont couvrir l'ensemble des secteurs économiques. La seconde source vient plutôt du côté des économistes du travail qui se sont intéressés à la question de la qualité en transposant l'idée de la segmentation du marché du travail¹¹⁵. Les espaces professionnels, à l'instar des marchés, sont morcelés. De même la qualité des produits segmente le marché des produits en réduisant l'échange. C'est la raison pour laquelle les analyses vont se focaliser sur la relation fournisseurs clients en montrant la co-production possible dans cet échange. La notion de qualité ouvre ainsi la porte à l'examen des conventions sociales instaurées et mises en place par les acteurs économiques pour asseoir leurs échanges.

Selon MUSSELIN et PARADEISE, cette optique ouvrira la porte à une multitude d'études où la frontière entre sociologie et économie tendra à s'effacer « en associant les dispositifs sociaux de production, d'intermédiation et d'échange que l'économie standard s'est employée de toutes ses forces à dissocier. (...) Elle relie également les réflexions sur la qualification des produits et celles qui portent sur la construction de réseaux d'intéressement socio-techniques. (...) Elle est stimulante pour l'analyse des services et de l'échange de biens immatériels »¹¹⁶. La caractéristique principale de ces études est de mettre au centre de leurs analyses les *définitions situées* permettant de relier : producteurs, clients et produits.

Ces travaux ont permis de montrer aux acteurs économiques la face cachée de l'économie à savoir la dimension qualitative que comporte n'importe quel produit, dimension indissociable du versant quantitatif traditionnel. « Nous le savons, la qualification des produits est le préalable de l'échange économique marchand et aucun calcul économique n'est possible sans une définition stable de ce que l'on comptabilise, de sorte que la qualité apparaît comme l'un des dispositifs institutionnels indispensables à l'équipement de la rationalité marchande »¹¹⁷.

Les sociologues seront moins attirés par ce genre de problématique et vont examiner plutôt les conséquences de l'instauration de la démarche qualité dans l'industrie ou dans le secteur des services. C'est davantage dans cette perspective que nous allons nous placer.

¹¹⁵ Voir entre autres, EYMARD-DUVERNAY (1986), « La qualification des produits ». In SALAIS et THEVENOT, *Le travail, marchés, règles et conventions*, Paris. Ed. Insee-economica, pp. 239-247. Ou WHITE, (1981), « Where do markets come from ? », *American journal of sociology*, n° 87, (3), pp. 517-547.

¹¹⁶ *Op. Cit.* p. 258.

¹¹⁷ F. COCHOY et G. De TERSSAC (1999), « Les enjeux organisationnels de la qualité : une mise en perspective », *Sciences de la société*, n° 46, février, p. 4. Les auteurs citent les travaux de : R. SALAIS, (1991), « Approches économiques et historiques récentes du marché », *Genèses*, n° 1, p. 162-170. A. DESROSIERES (1993), *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Paris, Ed. La découverte. Et de M. CALLON, (1998), *The laws of the markets*, Londres, Ed. Blackwell.

3-2. la démarche qualité : entre dénonciation et admiration ?

La littérature sociologique sur le sujet est assez riche et variée. Sans distinguer un secteur économique précis nous allons diviser notre présentation à partir de trois points. La qualité a été abordée à partir des conséquences que celle-ci pouvait provoquer dans l'organisation. La qualité introduit ainsi de nouvelles notions telles que : responsabilité, autocontrôle ou évaluation. Quels sont les enseignements que l'on peut tirer d'une telle démarche dans l'analyse des organisations du travail ? La qualité n'est pas simplement le révélateur des transformations profondes d'un système ou d'une organisation du travail. Elle montre à quel point la question de la modernisation des entreprises françaises reste une illusion et que l'on observe plutôt une stagnation ou une incapacité d'adaptation. Enfin, la qualité peut montrer pour certains auteurs le cheminement vers une standardisation des normes et des protocoles aboutissant à un effet de différenciation. Dans cette dernière optique, la question du marché est introduite pour expliquer les observations réalisées.

3-2-1. La démarche qualité révélatrice des transformations profondes

Nous l'avons vu précédemment, la démarche qualité gagne progressivement les différentes sphères de l'organisation du travail en partant des dimensions les plus techniques pour arriver graduellement aux dimensions humaines. Parmi ces dernières, l'organisation conçue ici comme une construction sociale de l'action collective des individus a été étudiée et singulièrement abordée par les sociologues.

La démarche qualité constitue un phénomène intéressant pour les sociologues car elle permet d'analyser les transformations profondes au sein des organisations qu'elle provoque. En effet, les normes ISO 9000 et les démarches qui en découlent introduisent-elles des changements dans les définitions des règles organisationnelles ?

Selon CAMPINOS-DUBERNET¹¹⁸, l'arrivée des normes ISO 9000 introduit des standards méthodologiques mais sans que ceux-ci aient une assise organisationnelle forte. La pluralité des modes d'usages des normes montre à quel point le contexte organisationnel a une importance dans l'imposition de telle ou telle norme. Ainsi les travaux effectués par les sociologues insisteront davantage sur le prisme organisationnel que constitue le collectif dévoilant par là les représentations sociales qu'une telle démarche peut conduire à mettre en relief. Il existe ainsi au sein de toute organisation du travail des visions « indigènes » des politiques managériales. La démarche qualité véhicule une certaine vision de l'organisation du travail mais également du contenu même du travail à effectuer. E. BONNET montre que l'engagement dans les démarches qualité est fonction des visions indigènes de la qualité. « Face à une vision techniciste de la qualité peuvent s'élever d'autres interprétations du travail d'autres points de vue sur la qualité et sur le monde de l'entreprise, portées par les différents groupes présents au sein de l'organisation »¹¹⁹. Cette analyse est corroborée par le travail des DUBOIS, DOUTRE et KOUABENAN¹²⁰ lorsqu'ils s'interrogent sur la question de la

¹¹⁸ M. CAMPINOS-DUBERNET et C. MARQUETTE (1999), « Une rationalisation sans norme organisationnelle : la certification ISO 9000 », *Sciences de la société*, n° 46, pp. 83-101.

¹¹⁹ E. BONNET (1996), « Les visions indigènes de la qualité. À propos de l'appropriation de la démarche qualité dans l'industrie », *Revue d'économie industrielle*, N° 75, p. 78.

¹²⁰ M. DUBOIS, E. DOUTRE et R. D. KOUABENAN (1999), « Participation dans les démarches qualité et confiance sociale », *Sciences de la société*, n° 46, Février, pp. 47-65.

participation dans les démarches qualité. Toutefois, non seulement ils observent une pluralité de formes de représentation de la démarche qualité elle-même mais également les incidences d'une telle démarche pour la confiance sociale. En réalité, la démarche qualité s'oppose à la confiance sociale puisque celle-ci exige une certaine participation formelle de la part des acteurs sociaux. La confiance privilégie « la réduction du contrôle formel entre les membres et l'accroissement des interactions qui sous-tendent un comportement actif de l'acteur »¹²¹. Dans cette perspective, la confiance sociale ne peut épouser une démarche qui tente de cadrer les actes de travail en formalisant l'activité à partir des protocoles. La confiance sociale s'inscrit dans une durée et demande un investissement social important. Dans ce sens, elle ne peut être instaurée parmi les personnes qui ne se connaissent pas. Selon les auteurs, la démarche qualité, telle qu'elle a été appliquée dans le cas analysé dans leur article, ne remplit pas ces éléments et le processus participatif prôné par les défenseurs d'une telle approche reste sans prise car celui-ci se concentre sur sa finalité.

Les effets organisationnels d'une telle démarche mettent en lumière des résultats paradoxaux voire opposés aux principes prodigués par les discours managériaux. Il y aurait des effets inattendus de l'ISO 9000 notamment dans le cas des entreprises où il existe un fort potentiel technique telles que les télécommunications ou l'informatique où le degré de technicité est haut. « Dans une entreprise structurée autour d'un réseau dense d'expertises individuelles, il est possible que la mise en œuvre d'une démarche qualité aboutisse non pas, comme le souhaite la norme, à une individualisation des pratiques collectives, mais bien plutôt à une imposition des pratiques individuelles valant injonction d'application des *best practices* »¹²². La question de l'universalité des normes ISO est ainsi remise en cause et DUYMEDJIAN observe que dans une entreprise composée pour l'essentiel d'ingénieurs ayant une autonomie importante d'action l'injonction « écrivez vos procédures de travail » se traduit par une multitude des pratiques. Les ingénieurs se trouveront dans la situation au sein du groupe de coordination de devoir s'occuper plutôt des questions de formes que des questions de fond telles que les liens et la coordination entre les différents départements de l'entreprise. En réalité, les normes ISO 9000 traduisent l'idée qu'il s'agit d'une politique de l'expérience qu'il faut mettre en place. À partir de là, il faut identifier les collectifs de travail pouvant porter ces expériences. Or, on constate plutôt une individualisation des pratiques alors que la démarche visait plutôt à une collectivisation de celles-ci.

Les effets organisationnels ont notamment été étudiés à partir de la formalisation des normes que la démarche qualité notamment concernant la mise en place des ISO 9000 impose. COCHOY, GAREL et De TERSSAC montrent ainsi que les travaux sur les normes ISO 9000 se sont surtout attachés à partir des cas où la démarche est imposée. Or, comment cela se passe-t-il lorsque c'est l'entreprise qui demande ?

Outre les effets organisationnels présentés ci-dessus, d'autres travaux se sont attardés à montrer également les valeurs qu'une telle démarche implique et les effets en termes de travail au sein des entreprises. Ce cas a été singulièrement analysé par ROT dans le secteur de l'automobile. Dans ce secteur l'introduction de la démarche qualité s'est accompagnée de l'introduction des termes tels que : autocontrôle, responsabilité et traçabilité. ROT montre que

¹²¹ *Op. Cit.* p. 60

¹²² R. DUYMEDJIAN (1996), « De la contingence des normes : les effets inattendus de l'ISO 9000 dans une entreprise experte », *Revue d'économie industrielle*, N° 75, p. 97.

l'application du principe d'autocontrôle ne va pas sans difficulté puisqu'il associe chez les salariés deux modalités potentiellement contradictoires : la traçabilité et la responsabilité.

La démarche qualité s'appuie sur un travail autocritique au niveau des salariés pour qu'ils puissent faire remonter les défaillances du système et ainsi améliorer l'organisation générale du produit. Or, dans le cas de la construction automobile ROT observe que la traçabilité pose quelques problèmes de fond aux opérateurs¹²³. En effet, la traçabilité utilisée pour identifier des défaillances reste intéressante mais à partir du moment où elle s'accompagne d'une recherche de responsabilité elle produit des effets exposant les limites d'une telle démarche. En cas d'incident, les opérateurs seront amenés à choisir entre le fait de dire publiquement qu'ils ont commis une erreur et le fait d'occulter une telle démarche. Cette situation deviendra d'autant plus saillante que certains incidents ne sont pas dus à l'activité des opérateurs mais au système lui-même. Les opérateurs mettent en place un système de relations leur permettant d'assurer leur autonomie et de contourner dans certaines circonstances les canaux formels pour assurer malgré tout la qualité.

Dans le secteur qui nous intéresse davantage, les travaux à notre connaissance sont peu nombreux. Toutefois, nous pouvons évoquer la réflexion effectuée par SETBON à propos de la démarche qualité comme nouveau paradigme de l'action collective. Pour cet auteur, la démarche qualité « transforme » l'art médical en exercice scientifiquement fondé et la situation d'autonomie en *interdépendance systémique* c'est-à-dire que l'exercice de l'art médical ne se fonde plus sur une autonomie large et forte. Le corps médical doit maintenant composer avec les autres sphères professionnelles de l'univers hospitalier. Pour SETBON la démarche qualité invite à reconsidérer l'action collective au sein des organisations de santé car elle repose sur des nouvelles méthodes et techniques normatives qui visent à encadrer les comportements professionnels. Ainsi, les intérêts, les valeurs et les formes d'organisation se trouvent affectés. La qualité des soins inaugure une « nouvelle tentative de dépassement de l'intérêt de groupes particuliers au profit de l'intérêt public que les régulateurs se trouvent en mesure de copiloter sur la base des meilleures preuves disponibles (...) non seulement l'efficacité réunit tous les acteurs du jeu thérapeutique, mais de plus nul ne conteste la possibilité de distinguer le soin efficace du soin inefficace ou de moindre efficacité »¹²⁴. En effet, dans cette nouvelle configuration l'acteur État (y compris la sécurité sociale) a une place centrale car la mise en place des normes ne dépend pas uniquement de seules techniques médicales mais également d'autres disciplines. Cette situation selon l'auteur reconfigure les relations au sein de l'organisation hospitalière. La qualité des soins préfigure une nouvelle forme de conception et d'organisation de la production des soins à partir de protocoles et de référentiels, etc. L'efficacité de la démarche qualité de soins ne peut être remise en cause par ses effets, elle va se trouver renforcée puisqu'il s'agit de sa dynamique même.

Plus spécialement liée à notre problématique, la question de la qualité dans les hôpitaux publics a été posée à travers la perception des professionnels de santé. En partant de la notion de représentation sociale, les auteurs¹²⁵ vont établir une corrélation élevée entre le type de

¹²³ G. ROT (1998), « Autocontrôle, traçabilité, responsabilité », *Sociologie du travail*, N° 1, XL, pp. 5-21.

¹²⁴ M. SETBON (2000), « La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ? », *Sociologie du travail*, n° 42, p.62.

¹²⁵ J-P CLAVERANNE, D. VINOT, S. FRAISSE et all. (2003), *Les perceptions de la qualité chez les professionnels de santé des établissements de santé*, Rapport au ministère de la santé, GRAPHOS et LCPE/LNST, 124 p.

représentation de la qualité et le mode d'engagement. Pour les auteurs, les professionnels de santé considèrent que la question de la qualité est une évidence. « Or, les recommandations des pratiques cliniques comme *démarches qualité* venues du management, offrent une autre approche de la qualité en passant par **la mesure** de la qualité produite. L'idée même de mesurer et d'améliorer la qualité des soins suppose que la qualité dont il est question ne se réduit pas au seul *dévouement* des professionnels envers les patients individuels »¹²⁶. Les professionnels de santé, quels qu'ils soient, sont d'accord pour dire qu'ils font de la qualité. Ce discours contraste énormément avec les résultats parcellaires et dispersés de la démarche qualité. Cette énigme ne peut être comprise que par une référence à la notion de représentation sociale.

L'analyse consistera à discerner les différentes dimensions de la représentation sociale de la qualité chez les professionnels. Ainsi la qualité apparaît comme le résultat d'une co-production des différents acteurs en présence « mettant en œuvre des représentations multiples de la qualité ». Celle-ci résulte plutôt d'une construction sociale mettant en jeu la question du sens du travail. Les auteurs se proposent alors d'aborder une autre problématique que celle qui consiste à souligner les dimensions coercitives ou les enjeux de pouvoir dans le processus de mise en place de la démarche qualité. Les auteurs croisent ainsi une approche linguistique et avec une approche gestionnaire de la perception de la qualité et aboutissent au résultat suivant : il existe une absence de définition unique de la qualité. Trois variables déterminent à leurs yeux ce constat. La première concerne le statut juridique de l'établissement, la seconde est le statut de l'établissement à l'égard de l'accréditation et la troisième est l'appartenance à un groupe professionnel. De ces trois facteurs, le dernier semble être le plus important et le plus pertinent pour expliquer le décalage entre les discours et la réalité de la démarche qualité à l'hôpital. Comme nous le soulignons dans la première partie, à chaque groupe professionnel correspond un mode de représentation de la qualité des soins.

Ainsi la question de la qualité implique dans la littérature spécialisée la recherche des modifications ou des transformations dans le domaine de l'organisation. L'organisation apparaît ainsi comme un élément majeur d'explication des facteurs intervenant dans la mise en place de la démarche qualité. Cette optique va jusqu'à considérer la démarche qualité comme un exemple de l'apprentissage organisationnel. En effet, l'introduction des démarches qualité constitue une situation sociale d'apprentissage et de transformations des règles organisationnelles. Celle-ci n'est pas seulement observable dans le cadre des conflits tel que J-D. REYNAUD l'a montré en mettant l'accent sur l'aspect construit de la règle organisationnelle. Cependant, la règle peut être limitée par les conditions sociales de sa réalisation, par les connaissances que l'on possède du milieu ou des éléments intervenant dans la situation. Il existe donc une *rationalité limitée* dans la fabrication et l'édiction des règles. Ainsi CAMPINOS-DUBERNET estime que « l'adhésion des acteurs à la règle n'est pas uniquement déterminée par la question du contrôle exercé par les uns et, l'autonomie revendiquée par les autres, mais par la capacité de la règle à modéliser l'action et d'en assurer ainsi la pertinence »¹²⁷. C'est la raison pour laquelle la compréhension du processus d'introduction des démarches qualité ne peut se cerner qu'à partir du moment où l'on intègre la variabilité des contextes d'action de la règle. En s'appuyant sur FAVEREAU la règle

¹²⁶ *Op. Cit.* p. 1

¹²⁷ M. CAMPINOS-DUBERNET (2003), « Systèmes qualité et amélioration des processus : savoirs, organisations, marchés », *GIP/MIS*, CNRS, p. 8

apparaît sous son incomplétude¹²⁸. D'où la nécessité d'observer les relations entre les acteurs pour saisir le contenu et les ajustements de la règle. Ici la règle apparaît avec un caractère explicite c'est la raison pour laquelle la proposition de ARGYRIS et SCHON sur l'apprentissage organisationnel permettra à CAMPINOS-DUBERNET de compléter son cadre d'analyse en s'intéressant aux passages des pratiques individuelles aux pratiques collectives dans l'organisation. Dans cette optique la règle devient le support des apprentissages collectifs. Or, toute la difficulté de l'analyse de la démarche qualité dans les organisations soulève une double question : premièrement celle de la dimension cognitive et deuxièmement celle du conflit. Pour le premier point, il s'agit de souligner le caractère contingent de la production des règles dans la mesure où la règle peut être plus au moins pertinente en fonction du contexte. Le second aspect attire l'attention sur le fait que la règle ne peut être abstraite d'une relation hiérarchique et conflictuelle. Il résulte de cette approche une analyse fine à partir des différents cas et contextes organisationnels. Il apparaît que les outils de la qualité fiabilisent les coordinations internes aux processus mais sans que ces derniers touchent la substance de relations sociales. Cela reste une procédure. Aussi si les procédures sont bien explicitées, et si les contextes sociaux le permettent, les méthodologies de la qualité peuvent être d'un grand intérêt pour l'amélioration de la performance industrielle ou de service. Cependant, une telle conclusion ne doit pas occulter les répercussions sur les savoirs collectifs nécessaires à la continuité des indicateurs. Les outils qualité ont un rôle cognitif dans la mesure où ils impliquent un fort investissement intellectuel et une activité de formalisation des savoirs collectifs. Ce n'est pas simplement un travail de formalisation écrite ou de fixation, il s'agit d'une redéfinition des savoirs à l'œuvre et des règles issues de l'expérience. L'autonomie peut être ainsi accentuée dans ces conditions-là¹²⁹.

La question de la norme a été abordée à partir de situations diverses mais généralement les travaux effectués dans le champ mettent l'accent sur l'imposition des normes. La démarche qualité est décrite comme un processus externe et d'imposition des normes. Néanmoins, il existe des situations dans lesquelles la norme ou l'adoption d'une démarche qualité ne résultent pas d'une imposition mais d'un choix mûrement réfléchi. Comment dans ces circonstances l'organisation réagit-elle ? Les normes ISO 9000 exigent un travail écrit important et une formalisation des pratiques. Dans cette optique, ce n'est pas l'écrit en soi qui pose problème – les documents écrits au sein d'une entreprise sont nombreux et variés- mais c'est la condition de production de traces de l'activité qui change. Ainsi le référentiel ISO 9000 redistribue les cartes dans l'organisation car il modifie l'équilibre relationnel ne serait-ce qu'en associant l'ensemble des salariés à la démarche. Or, on avait l'habitude de voir plutôt l'encadrement. « Le véritable enjeu de l'assurance qualité est ailleurs. Comme en littérature, ce qui compte ce sont les premières pages, la relation qui se noue entre l'auteur, le texte et le lecteur, c'est-à-dire, ici, le pacte normatif, qui s'instaure entre la norme, la direction, et les salariés, au moment de la mise en oeuvre du dispositif. L'entrée en normalisation est un acte fondateur, qui remet en cause les pratiques prévalentes. D'un côté, on se parle, on échange pour écrire, on reconnaît les mots et on les inscrit quelque part. D'un autre côté, on se distingue, on s'instrumentalise, on se sépare, on s'écrit, on se bureaucratise, on se fiche. Paradoxalement, ce qui compte c'est moins l'écrit que ce qui se noue autour de l'écrit »¹³⁰.

¹²⁸ O. FAVEREAU (1997), « L'incomplétude n'est pas le problème, c'est la solution », In *Les limites de la rationalité*, Tome 2, *Les figures du collectif*, B. REYNAUD, Dir. Paris, Découverte, pp. 219-233.

¹²⁹ L'auteur parle « d'autonomie dépendance et d'autonomie expertise ».

¹³⁰ F. COCHOY, J-P. GAREL et G. de TERSSAC (1998), « Comment l'écrit travaille l'organisation : le cas des normes ISO 9000 », *Revue française de sociologie*, n° 4, XXXIX, p. 696.

Ces aspects observés durant l'enquête ne dépendent pas uniquement de l'opportunité des acteurs sociaux. Il y a une contrainte organisationnelle qui peut peser sur la réalisation de ces actions telles que : le soutien offert par les responsables à une telle démarche, les conditions économiques propices à l'innovation et enfin la dimension institutionnelle (l'investissement réalisé par les acteurs n'est pas reconnu). Outre ces limites, les démarches qualité semblent connaître des réelles difficultés d'implantation dans le secteur des services et dans les fonctions de conception. En effet, lorsque l'activité est peu prédictible elle pose le problème de son contenu et par conséquent les outils qualité fournissent peu de repères pour l'action.

3-2-2. La démarche qualité comme illusion ?

Un autre mode de lecture de la démarche qualité a été avancé par les sociologues en contraste (divergence) avec la première optique. En effet, certains travaux vont partir du principe que les nouvelles formes d'organisation du travail, dont la démarche qualité fait partie, ne sont autre chose qu'une nouvelle manière de dominer ou de contrôler le travail des opérateurs. Le système mis en place à travers les procédures de certification et de normalisations aboutit à rationaliser les activités de travail en introduisant une fausse modernité.

Pour D. LINHART la modernisation des entreprises françaises à partir de ce nouveau mode de management de la qualité occulte l'essentiel à savoir une recherche de contrôle de la régulation conjointe. En tentant d'éviter un débat de dénonciation pure ou d'admiration pour les nouvelles formes d'organisation du travail LINHART estime qu'il faut analyser le phénomène à partir de trois dimensions de l'entreprise : le fonctionnement interne, la division du travail ou organisation du travail et celle des rapports sociaux. Pour l'auteur sociologue, les rapports sociaux se trouvent déterminés par la division du travail elle-même. « Or, une des grandes tendances des années quatre-vingts et quatre-vingt-dix est sans conteste la volonté des directions de réhabiliter les forces de travail comme personnes et la mise en place de politiques visant à mobiliser ces personnes en des termes innovants »¹³¹. Pour cet auteur, les entreprises s'acheminent vers une forme d'organisation qui voit disparaître progressivement les communautés d'appartenance au sein de l'entreprise. Le modèle imposé, par les nouvelles formes d'organisation du travail, aboutit à une autre forme de lien social au sein de l'entreprise¹³². La fragilité des collectifs de travail se trouve ainsi accentuée par des démarches qui prônent une participation ponctuelle et dépendante des fluctuations du marché.

¹³¹ D. LINHART (1994), *La modernisation des entreprises*, Paris, Ed. La découverte, p. 20.

¹³² Sur ce sujet voir l'article de C. THUDEROZ, (1995), « Du lien social dans l'entreprise. Travail et individualisme coopératif », *Revue française de sociologie*, XXXVI, pp. 325-354.

Dans ce type d'optique, la question de la résistance aux nouvelles formes d'organisation du travail a été traitée mais à partir d'un angle d'analyse plus original que la simple opposition. En effet, l'introduction des démarches qualité peut servir comme exemple d'observation des conduites adoptées par les acteurs sociaux au sein de l'entreprise. Si la démarche de qualité totale apparaît comme un processus disciplinaire fort (voir SEWELL et WILKINSON, BARKER et JERMIER)¹³³ où toute forme de résistance est complètement effacée, il convient selon ROT d'interroger le lien entre contrôle et résistance. En effet, les démarches qualité offrent la possibilité de questionner une approche de la résistance excessivement dichotomique « la résistance n'est pas un simple contrepoids du contrôle organisationnel : elle débouche sur l'invention de nouvelles formes de contrôle exercées dans le cadre des micro-collectifs qui participent d'une certaine manière à la construction négociée de la qualité sous une forme moins orthodoxe mais qui n'est moins dépourvue d'efficacité productive »¹³⁴. Au regard des travaux sur la résistance ouvrière face aux nouvelles formes d'organisation du travail ROT montre un déplacement des stratégies de résistance. Les formes de résistance portent en effet plus sur la dimension symbolique et matérielle de l'organisation du travail. C'est dans le processus de la démarche elle-même que les acteurs sociaux trouvent les ressorts de leurs actions. C'est ainsi que la démarche qualité est l'occasion d'une redistribution des ressources organisationnelles dans la mesure où la participation est fortement demandée.

Plus récemment, les travaux de P. ASKENAZY exposent les conséquences de la mise en place des démarches innovantes dans les entreprises parmi lesquelles la démarche qualité. En se fondant sur les enquêtes européennes et françaises dans le domaine, il arrive à la conclusion suivante : les pratiques innovantes restent très fortement associées à un surcroît d'accidents du travail de 15 % à 30 %¹³⁵. L'intensification du travail résulte d'une multitude de contraintes dont les nouvelles formes d'organisation du travail synthétisent les principaux éléments à savoir une contrainte de production – cadences, rythmes, flux, etc.. – et une contrainte dite « marchande » (CARTRON et GOLLAC)¹³⁶ – services, clients, interruptions, etc. Ces deux aspects entrent en jeu pour expliquer l'intensification du travail. ASKENAZY montre ainsi que derrière la mise en place des politiques managériales à bien des égards innovantes, il y a un angle mort important dans la mesure où ces transformations ne s'accompagnent pas d'une réelle réflexion sur les conséquences en termes de conditions de travail. L'analyse comparative permet de montrer qu'il est possible d'échapper à la totale dénonciation du nouveau productivisme en accentuant la pression économique sur les conséquences de la mise en place de telles politiques. Seulement à cette condition la mise en place d'une démarche qualité reste respectueuse des conditions de travail. Les conditions de travail des salariés travaillant au contact du public invitent à reconsidérer l'introduction de telles normes ou démarches selon les études menées par la Dardes. Nous observons des temps

¹³³ SEWELL et WILKINSON (1992), « Someone to watch over me : surveillance, discipline and the just in time labour process » *Sociology*, n° 26, pp. 271-289., R. BARKER (1993), «tightening the Iron Cage : concertive control in self managing teams», *Administrative Science Quarterly*, n° 38, pp. 408-437. et J. JERMIER (1998), «Critical perspective on organizational control», *Administrative Science Quarterly*, n° 43, pp. 235-256.

¹³⁴ G ROT (2000), « La résistance ouvrière face aux formes nouvelles de rationalisation : entre restriction et résurgence », *Travail emploi et formation*, N° 1, p. 26.

¹³⁵ P. ASKENAZY, E. CAROLI et V MARCUS, «Organizational innovation and Working conditions : an empirical approach», *Recherches économiques de Louvain/Louvain economics review*, Vol. 68, (1-2). Voir son ouvrage : P ASKENAZY (2004), *Les désordres du travail. Enquête sur le nouveau productivisme*, Paris, Ed. Seuil, notamment pages 44 à 50.

¹³⁶ D. CARTRON et M GOLLAC (2003), « Intensité et conditions de travail », *Les quatre pages CEE*, n° 58.

de travail plus longs et flexibles. Aussi, c'est dans ce contexte organisationnel que l'on remarque une pression extérieure élevée ; malgré une autonomie plus importante les tensions y sont fréquentes tant avec le public que le collectif de travail¹³⁷.

Plus généralement, les approches sociologiques sur la question de l'exigence de qualité se sont attardées sur des questions concernant le changement de comportement qu'une telle politique implique. À partir de l'analyse des différents sites où l'on avait mis en place des nouvelles exigences de qualité S. DASSA et D. MAILLARD montrent que les dérives constatées par les directions sur la permanence des comportements s'expliquent moins par les présupposés comportementalistes que par une adéquation entre l'habitus et les structures objectives de l'organisation. C'est la raison pour laquelle, pour installer un changement durable l'exigence de qualité ne doit pas réduire l'activité aux simples procédures. En fait, il existe des entités organisationnelles spécifiques qui interfèrent dans la démarche même. Celles-ci sont orientées pour l'essentiel vers la production : quantités, délais et coûts. « La qualité n'est pas l'objet d'une priorité absolue. Le projet qualité s'inscrit dans une logique économique et marchande où la concurrence sur la qualité s'ajoute mais ne se substitue pas à la concurrence sur les prix. Cela oblige l'organisation à assumer toutes les contraintes de cette logique économique »¹³⁸. Ce type de contradiction conduit les auteurs à observer une certaine forme d'aliénation sociale chez les opérateurs des entreprises étudiées dans la mesure où ils doivent opérer des choix quotidiens entre la recherche de la qualité et la conformité aux procédures.

La sociologie des organisations a développé une multitude de travaux pour tenter de cerner la persistance de la structure organisationnelle. Comment celle-ci perdure et se maintient-elle au travers le temps ? Comment expliquer qu'un collectif d'individus se maintient ? Dans cette perspective, la question de la démarche qualité apparaît pour certains auteurs comme l'opportunité d'introduire ou de réintroduire la question de la domination dans l'analyse du fait organisationnel. Ainsi la démarche de certification se caractérise par deux facettes : la première explicite (formaliser les protocoles et les processus de travail). La seconde implicite (l'engagement subjectif des acteurs sociaux). Pour COURPASSON, une telle voie représente une même et seule réalité « celle d'un management visant à discipliner, à contrôler conjointement les fonctionnements marchands et les fonctionnements organisationnels »¹³⁹. La démarche qualité s'inscrit dans un modèle de l'organisation libérale et du management de logique par projet. L'organisation apparaît ambivalente car elle se présente flexible, transparente et pluraliste tout en cherchant à contrôler par conformité. « Elle pousse ses membres à être acteurs de leur destin, à innover et entreprendre, à déterminer subjectivement leur meilleures voies de la réussite individuelle. Elle semble donc sauvegarder les vertus de l'initiative et de la décentralisation. Mais elle répond aux enjeux de protection des personnes face à l'arbitraire, en centralisant les lieux de régulation et de commandement, et en instrumentant systématiquement les actions de gestion. Le libéralisme organisationnel

¹³⁷ N. GUIGNON et S. HAMON-CHOLET (2003), « Au contact avec le public, des conditions de travail particulières », *Premières informations et premières synthèses*, DARES, n° 09.3, pp. 1-7. Voir aussi le texte de C. BUISSET, A. HIAULT et All. (2000), « Santé perçue des employées administratives », in *Travail, santé vieillissement. Relations et évolutions*, Toulouse, Ed. Octares, pp. 153-165.

¹³⁸ S. DASSA et D. MAILLARD (1996), « Exigences de qualité et nouvelles formes d'aliénation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, N° 115, p. 32

¹³⁹ D. COURPASSON (1996), « Les normalisations managériales entre l'individu et le modèle professionnel », *Revue d'économie industrielle*, N° 75, p. 239.

produit donc de la contrainte »¹⁴⁰. La démarche qualité s'inscrit dans ce nouveau type de management et impose une certaine autonomie tout en assujettissant à une domination douce et tacite. Ce type de lecture de la construction de normes qualité et des protocoles s'accompagne d'un regard critique quant à la mise en place elle-même. Dès 1995, MISPELBLOM soulignait le caractère utopique et limité de l'autonomie dans les entreprises où l'on venait d'appliquer la démarche qualité¹⁴¹.

Moins critique est le regard porté par CAMPINOS-DUBERNET et JOUGLEUX dans un article récent sur la mise en place des ISO 9000 dans le secteur tertiaire. Ces deux auteurs observent des changements notamment dans la réduction de l'incertitude dans le cadre d'une relation de service vendu. Le *front office* se trouve facilité alors que les répercussions sur le *back office* se feront sentir car les membres de l'organisation devront adopter une nouvelle forme de coordination du travail. Toutefois, ce genre de résultat est d'autant plus aisément constatable que nous avons affaire à une organisation déjà fortement standardisée. Autrement dit, le discours managérial sur la réussite ou la capacité de la démarche qualité à résoudre tout ou une partie de problèmes dans l'activité est une erreur. En effet, le contexte organisationnel prédétermine la mise en place des normes ISO 9000. La démarche qualité a une réelle difficulté à résoudre les dysfonctionnements organisationnels. « De fait dans les services comme dans l'industrie, ISO s'applique à l'organisation en place. Elle ne fait que rendre plus lisible, mais elle n'a pas spontanément le pouvoir de la transformer et *a fortiori* de réguler les changements qui seraient nécessaires si le management ne souhaite pas s'y engager »¹⁴². Il y a donc dans les démarches qualité une certaine naïveté à croire pouvoir résoudre l'ensemble de problèmes ou dysfonctionnements dans une organisation.

L'ensemble de ces travaux renoue avec une sociologie critique et dévoilant les processus de domination ou de contrôle que sous-tendent ces nouvelles politiques managériales. Dans ce sens, les transferts des concepts managériaux vers le champ de la santé et notamment des hôpitaux publics connaissent un nombre important de difficultés à leur mise en place car la tendance majoritaire est d'effectuer un placage des concepts sans réflexion sur les particularités et singularités du milieu organisationnel et du travail hospitalier. « De même, une théorie de la concurrence par la qualité ne peut s'envisager dans un système de régulation administré comme la santé. Ce cas du transfert des concepts sans adaptation ne reconnaît implicitement aucune spécificité à l'hôpital »¹⁴³. D'un autre côté, le renfermement dans une spécificité sectorielle conduit également à nier ou refuser de voir certaines dimensions communes du milieu hospitalier avec d'autres secteurs.

Les politiques entrepreneuriales se sont pressées et bousculées vers cette nouvelle forme d'organisation du travail créant parfois des confusions importantes voire des effets pervers. C'est pourquoi bien des auteurs soulignent le caractère quasi religieux de certains discours tenus autour de la qualité. Or la qualité dépend également de son caractère relationnel « si le design relationnel de la qualité est utilisé à d'autres fins que la qualité du produit, si les

¹⁴⁰ D. COURPASSON (2000), *L'action contrainte. Organisation libérales et domination*, Paris, Ed. Puf, p. 271.

¹⁴¹ F. MISPELBLOM (1995), *Au-delà de la qualité. Démarche qualité, conditions de travail et politique du bonheur*, Paris, Syros, 264, p.

¹⁴² M. CAMPINOS-DUBERNET et M. JOUGLEUX (2003), « L'assurance qualité quelles contributions à la qualité des services ? *Revue française de gestion*, n° 146, Vol. 29, p. 96.

¹⁴³ E. MINVIELLE (2003), « De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé. Le cas de la qualité hospitalière », *Revue française de gestion*, n° 146, vol. 29, p. 186.

entreprises subordonnent le bon sens à la voix du client pour légitimer l'autorité dans les circuits de décision, si la volonté d'objectivation et de rationalisation oublie le caractère foncièrement subjectif de la qualité et son irréductibilité, si le marché de la qualité totale supprime celui de la qualité du produit, enfin si la qualité du produit perd sa propriété discriminante et ne correspond plus à un signal pertinent pour le client au sens large, aucun des trois acteurs de la qualité n'y trouvera plus son intérêt car l'équilibre sera rompu »¹⁴⁴.

La démarche qualité dans le secteur des services opère une simplification importante dans la mesure où elle va tenter de rationaliser des aspects foncièrement subjectifs et de l'ordre des affects.

3-2-3. Conclusion : Les effets ambivalents de la démarche qualité ?

En conclusion de cette revue de la littérature nous pouvons retenir plusieurs aspects primordiaux pour la compréhension de notre démarche d'analyse.

Les démarches qualité naissent dans un contexte de crise forte telle que l'on a connue aux États-Unis et au Japon à différentes époques. L'arrivée des outils liés à la démarche qualité est corrélative de ces contextes de recherche d'un avantage concurrentiel permettant aux entreprises de se démarquer à l'intérieur d'un marché de plus en plus tendu. L'arrivée en France de cette approche s'inscrit également dans ce mouvement et sa transposition dans le domaine du champ hospitalier s'accompagne d'une crise aiguë de l'ensemble du système de soins avec des interrogations fortes quant à son devenir. La qualité de soins est introduite pour remédier ou tout au moins maîtriser le système. Pour reprendre le terme de M. SETBON c'est la naissance d'un nouveau paradigme.

C'est la raison pour laquelle, la démarche qualité est une approche très liée à l'idée du marché dans la mesure où elle introduit un tiers acteur dans la relation de travail ou l'activité de travail à travers la figure du client. En effet, nous ne pouvons pas comprendre le développement d'une telle pratique sans nous référer à l'idée de marché. L'introduction progressive aboutit à la fabrication des nouvelles contraintes et modes de gestion à l'intérieur de l'entreprise. Chaque opérateur, – anciennement nommé ouvrier¹⁴⁵ – peut ainsi se représenter le marché sous la forme du client. L'idée d'un marché unique est questionnée et entraîne un découpage ou une sectorisation voire une parcellarisation de celui-ci. Les entreprises se rendent compte qu'avec une telle politique qu'il n'y a pas d'homogénéité et que l'organisation même du travail doit refléter cette variabilité et la pluralité des demandes. Seulement une organisation flexible de travail peut répondre à un tel défi. La démarche qualité introduit ce principe de régulation constant. Aussi s'inscrit-elle dans un développement du processus de standardisation et de formalisation de la relation de service caractéristique du développement de nos sociétés.

Naturellement, un tel processus ne va pas sans se heurter aux différentes dimensions de l'organisation du travail et des relations sociales au sein des entreprises ou de l'hôpital. La variabilité des représentations de la qualité étant l'un des éléments les plus saillants des répercussions et des résultats obtenus par les travaux sociologiques en la matière. En outre, si

¹⁴⁴ J-P. NEUVILLE (1996), « La qualité en question », *Revue française de gestion*, n° 108, p. 47.

¹⁴⁵ Sur l'évolution de cette terminologie lire l'article de S. MONCHATRE (2004), « De l'ouvrier à l'opérateur : chronique d'une conversion », *Revue française de sociologie*, n° 45-1, pp. 69-102.

dans le secteur industriel nous pouvons pointer un certain nombre de facteurs et conséquences de la mise en place de la démarche qualité, elle n'a pas exactement les mêmes effets dans le secteur tertiaire et notamment de production de services auquel appartient l'hôpital.

En réalité, la relation de service, dans le secteur tertiaire, apparaît comme une relation caractérisée par *le travail sur autrui* et notamment dans le domaine de la santé. L'action est orientée vers l'autre et c'est le sens premier du travail dans le secteur de services. Cette relation suppose une triade de dimensions : institutionnelle, temporelle et intersubjective. Institutionnelle car elle évolue dans un contexte organisationnel précis et daté comportant des normes et des valeurs. Temporelle puisqu'elle a une histoire, un apprentissage spécifique et mutuel. Mais cette dimension temporelle colporte sa part d'imprévisibilité et de singularité quant à la conduite à adopter. Enfin intersubjective car elle implique la subjectivité des acteurs tant sur le plan psychique et corporel. Or, la démarche qualité vise à standardiser ou formaliser une partie ou l'ensemble de ces dimensions permettant de mener à bien la relation de service. C'est à ce niveau que vont se situer les difficultés majeures, notamment dans le secteur hospitalier, entraînant par là des arbitrages, des stratégies comportementales permettant de concilier les impératifs de l'organisation (institution ?) et de l'activité de travail sur autrui. Cependant, une telle perspective ne doit pas conduire à réduire la relation de service à une simple mobilisation des compétences personnelles comme si la relation de service n'était qu'une activité de « personne » ou d'implication personnelle. La relation de service suppose une véritable mobilisation des connaissances organisationnelles, des connaissances du marché et des connaissances techniques que l'entreprise met à la disposition des salariés. « Si l'on replace la relation de service dans son environnement organisationnel, si on refuse de considérer qu'il s'agit simplement du contact entre deux personnes, alors nous préférons parler d'interaction avec le marché, plutôt que de relation de service » note Marie-C. COMBES¹⁴⁶. Or, peut-on parler de contrainte de marché dans un secteur où la gestion économique est administrée par l'État ? Dans quelle mesure la relation de service observée dans l'activité hospitalière correspond à ces critères ? Ou doit-on adopter un autre type d'approche permettant de tenir compte des dimensions propres à l'activité hospitalière ? Celle-ci se caractérise par une histoire propre et des références à un modèle institutionnel particulier alimenté par deux programmes : le premier est d'ordre « technique » et le second d'ordre « religieux ». Cependant ces programmes sont en crise et une certaine asymétrie entre les deux conduit à une domination du premier sur le second.

En effet, la crise du modèle institutionnel décrite par F. DUBET¹⁴⁷ pour l'hôpital conduit les infirmières à tenter de concilier un double processus. D'une part, le programme médical devenu de plus en plus technique et scientifique aboutit à une forte rationalisation des activités tout en s'inscrivant dans un contexte social d'exigences de rentabilité qui contribue à réduire la valeur sacrée de la médecine. D'autre part, le programme hérité de la sphère religieuse se sécularise et se refroidit car elle se couvre des techniques psychologiques. Le personnel paramédical se trouve ainsi confronté à une crise du modèle institutionnel qui ne permet pas un refuge ou un mode de référence pour la pratique quotidienne de travail. Les démarches qualité découlant du processus d'accréditation visent une certaine régulation de l'activité de travail à l'hôpital.

¹⁴⁶ M-C. COMBES (2002), « La compétence relationnelle : une question d'organisation », *Travail et emploi*, n° 92, octobre, p. 6.

¹⁴⁷ F. DUBET (2002), *Le déclin de l'institution*, Paris, Ed. Seuil, p. 229.

Quatrième partie - Test du questionnaire Drees

1. Présentation de la démarche

1-1. Les objectifs du test

Afin de mieux cerner les différentes dimensions de l'étude par entretien, l'équipe de travail a d'abord opté pour un test du questionnaire auprès de 12 personnes. Cette démarche préalable visait trois objectifs. Le premier nous permettait de nous approprier le questionnement et la démarche de l'enquête organisée par la Drees. Le second objectif nous conduisait à délimiter plus précisément notre population et à explorer quelques thématiques complémentaires en vue de la préparation des entretiens et la construction du guide. Enfin, ce test constituait également une démarche d'évaluation de la construction du questionnaire. De ce point de vue, nous avons tenté de prolonger et de préciser une partie des remarques formulées par la Drees lors de l'écoute de quelques questionnaires : sur le sens et la compréhension des questions ou encore sur le vocabulaire employé. Conformément à la demande initialement formulée par la Drees pour la réalisation des post-enquêtes, ce test doit permettre de rendre compte des éventuelles distorsions de sens, et en particulier des décalages entre la formulation des questions par le statisticien et leur compréhension par *l'enquêté*.

1-2. La population enquêtée

Il est à noter que notre test a été réalisé auprès d'une population de professionnels du soin à dominante féminine (aides-soignantes et infirmières). En lien avec notre questionnement de départ portant sur les effets des nouvelles formes d'organisation du travail dans le secteur sanitaire, nous avons mené ce test auprès de personnes exerçant dans un CHU accrédité n'appartenant pas à l'échantillon de l'enquête Drees. En outre, seules les deux premières parties du questionnaire ont été testées : « caractéristiques de la personne interrogée » et « votre travail ».

L'ensemble des rencontres a adopté la même démarche : l'équipe a soumis le questionnaire aux douze personnes – cette passation faisant l'objet d'un enregistrement systématique –, en insistant plus longuement sur les questions qui soulevaient le plus fréquemment des remarques et en introduisant parallèlement de nouvelles questions en lien avec la thématique retenue pour la suite de l'étude. La passation des questionnaires s'est faite sur les lieux de travail des enquêtées. Ces entretiens ont été intégralement réécoutés et partiellement retranscrits afin de mieux cerner les réactions des enquêtées au fil de l'entrevue.

Les principales caractéristiques de la population soignante interrogée ont été synthétisées dans le tableau présenté page suivante. Les femmes interrogées (7 infirmières et 5 aides-soignantes) sont âgées de 27 à 54 ans et vivent majoritairement en couple avec enfants. La plus ancienne dans le métier a obtenu son diplôme il y a 30 ans, la plus jeune il y a 6 ans ½. Conformément à notre choix de départ, nous avons retenu sept services très diversifiés, tant au regard de leurs spécialités (des plus techniques aux plus généralistes), des publics qui y sont pris en charge (des adultes atteints de pathologies létales ou moins graves, des personnes âgées, etc.) que de leurs modes de fonctionnement (services caractérisés de « lents », de « rapides » ou encore « d'actifs »).

Tableau récapitulatif des personnes rencontrées pour le test du questionnaire

Fonction de la personne interrogée	Sexe	Année de naissance	Situation familiale	Ancienneté dans le métier (diplôme)	Service actuel	Quotité de travail
1- Infirmière	F	1957	Couple – 3 enfants	24 ans	Long séjour	100 %
2- Aide-soignante	F	1963	Couple – 3 enfants	14 ans	Long séjour	100 %
3- Infirmière	F	1963	Couple – 3 enfants	19 ans	Hématologie	80 %
4-Aide-soignante	F	1958	Célibataire	14 ans	Hématologie -stérile	100 %
5-Infirmière	F	1976	Célibataire sans enfant	6 ans 5 mois	Réanimation médicale	100 %
6-Aide soignante	F	1958	Couple – 2 enfants	17 ans	Médecine interne	80 %
7-Aide soignante	F	1954	Couple – 1 enfant	24 ans	Réanimation médicale	80 %
8-Infirmière	F	1959	Couple – 1 enfant	23 ans	Médecine interne	80 %
9- Infirmière	F	1967	Couple – 1 enfant	14 ans	Dermatologie	80 %
10-Infirmière	F	1950	Couple	30 ans	Ophthalmologie	100 %
11-Aide soignante	F	1960	Couple – 2 enfants	24 ans	Ophthalmologie	100 %
12- Infirmière	F	1955	Couple – 3 enfants	28 ans	Hémodialyse	100 %

La présentation des résultats du test suit la trame initiale du questionnaire (les questions seront abordées dans leur ordre chronologique). Dans un premier temps, nous rendrons compte des difficultés des enquêtées au regard de la compréhension des questions posées et du sens des termes employés. Dans un second temps, nous nous focaliserons sur certains aspects dévoilant les dimensions subjectives de l'activité du travail, dimensions que le questionnaire n'avait pas pour priorité de cerner.

2. Exploitation du test

2-1. Formulation du sens et compréhension des questions

2-1-1. Première partie du questionnaire : caractéristiques de la personne interrogée

Nous pouvons remarquer que la formulation des questions peut parfois induire en erreur les enquêtées, mais également occulter certaines dimensions sur la manière dont les choix du temps de travail ont été effectués. Ainsi, la question « Si vous travaillez à temps partiel, est-ce » (**question n° 4**) pourrait être reformulée (dans le prolongement de la question n° 3) de la manière suivante « Vous travaillez selon cette quotité est-ce un choix ? »

En effet, dans le cadre de la formulation initiale de la question, certaines personnes ont exprimé un point de vue légèrement différent par rapport à celui qui pouvait être attendu :

Une infirmière d'hémodialyse explique que le plein temps peut aussi être « imposé par l'employeur ». Ayant été à 80 % durant 3 ans, il lui est imposé d'être à 100 % durant une période de 6 mois afin de « partager » le 80 % avec ses collègues. La question pourrait donc aussi intégrer le temps plein

Ce type de réaction, qui n'apparaît pas dans la réponse factuelle de l'enquêté, renvoie à la dimension temporelle du travail et à la contrainte du temps de travail imposé. En réalité, l'intensification du travail peut prendre comme indicateur la compression du temps ou encore

l'imposition du temps de travail. Or, dans la formulation initiale de la question, l'enquêtée n'a pas la possibilité d'exposer cette alternative.

Pour la **question n° 5**, on note une certaine difficulté à saisir le sens du terme « grade », d'autant plus que la question ne présente aucun exemple (contrairement à celle qui précède). Le terme peut être alors pris au sens de « classe » : « *infirmière de classe normale* » ; « *aide-soignante de classe supérieure* » ou bien au sens de profession : « *aide-soignante* » (enquêtées 1, 2 et 9). À plusieurs reprises, nous avons observé une hésitation sur le sens du terme.

Dans un autre registre, les infirmières ont parfois du mal à répondre à la **question n° 15** : « Quel est le diplôme obtenu le plus élevé ? » À l'heure actuelle, les études infirmières se font sur trois années (après le baccalauréat). Or, certaines enquêtées ont connu une formation plus courte (d'une durée de deux ans pour celles qui sont diplômées depuis une vingtaine d'années). En outre, le Diplôme d'État est officiellement positionné au niveau bac +2. Les infirmières ne savent donc pas si elles doivent répondre bac +2 ou bien bac +3, ceci d'autant plus que le diplôme d'infirmier n'est pas cité en exemple dans la question, contrairement au diplôme d'aide-soignant. Une infirmière de dialyse indique tout naturellement qu'elle a un niveau bac +2 ½ (durée des études infirmières à l'époque). Enfin, la question telle qu'elle est formulée ne permet pas de rendre compte des parcours de formation continue, soit en termes de diplômes, soit en termes de contenu.

2-1.2. Deuxième partie du questionnaire votre travail

Pour la **question n° 16** : « Avez-vous changé de poste ou d'affectation au cours de ces trois dernières années c'est-à-dire depuis janvier, février ou mars 2000 ? » Les enquêtées comprennent bien la question filtre « si non », mais elles souhaiteraient indiquer qu'un tel changement, même s'il est choisi et satisfaisant, n'exclut pas obligatoirement le souhait d'un nouveau changement. Par exemple :

Une infirmière (1) a répondu « oui » à la question 16 (a changé de poste récemment), mais aurait également voulu répondre « oui » à la question 16-2 suivante (elle souhaiterait encore en changer). Or, elle ne peut pas l'indiquer car il s'agit d'une question filtre « si non »... Une autre infirmière (9) précise également « ce n'est pas parce que l'on choisit son changement qu'on ne désire pas changer encore de poste ou d'affectation par la suite ».

Les items de réponses proposés à la **question n° 23** : « Êtes-vous en contact direct avec des fournisseurs, des familles, des visiteurs ou d'autres publics que les patients ou malades (y compris par téléphone) ? » renvoient à de multiples interprétations. Les options proposées aux enquêtées sont difficilement discriminantes, notamment « en permanence » et « régulièrement ». En outre, ces termes sont mis en lien avec plusieurs catégories de « publics » et les professionnelles ne peuvent se départager. Le sens du mot « public » n'est en effet pas toujours bien saisi par les enquêtées (1, 2 et 9) : s'agit-il des patients et /ou des familles, d'autres personnes ? Au final, toutes les réponses dépendent du sens donné à ce terme.

Dans le cadre de la **question n° 48** : « Pour effectuer correctement votre travail, avez-vous en général », les deux termes « adapté » et « suffisant » posent problème. Une soignante (2) fait la distinction entre « adaptés » et « suffisants » : elle dispose de matériels de soins bien adaptés pour soigner les malades, mais ceux-ci ne sont pas en nombre suffisant. Il est donc difficile de fournir une réponse globale.

À la **question n° 49** : « Si vous avez du mal à faire un travail délicat, compliqué, est-ce que vous êtes aidé par ... ? » La relation subjective est difficile à aborder dans la mesure où le sens du terme « travail délicat » se prête à de multiples interprétations. Le questionnaire vise à cerner une réalité de travail, mais les professionnelles font référence à différentes dimensions de leur activité :

Une infirmière se questionne sur le contenu d'un travail délicat : « est-ce au plan technique ou au plan relationnel ? » Pour une aide-soignante, le travail délicat « c'est plus sur les machines et après les collègues de travail »

2-2. Sens, compréhension des questions autour de la thématique de la réalité du travail

2-2-1. Première partie du questionnaire : caractéristiques de la personne interrogée

Pour la **question n° 8** : « Travaillez-vous dans différent(e)s unités ou services de l'établissement ? », nous avons noté un risque de confusion, dans la mesure où les termes employés « service » et « unité » ne correspondent pas à la réalité organisationnelle des établissements sanitaires. Ainsi, les établissements sont souvent organisés à partir de pôles à l'intérieur desquels on trouve les services. Or, les services sont eux-mêmes structurés en unités. C'est la raison pour laquelle, nous avons observé une certaine déperdition de l'information concernant la réalité du travail :

L'infirmière d'ophtalmologie souligne spontanément le fait qu'elle « remplace dans d'autres services ». En effet, l'organisation de l'hôpital étant faite en pôles, l'ophtalmologie comprend deux services : ORL, ophtalmologie. C'est la raison pour laquelle, elle effectue parfois des remplacements en ORL, voire dans d'autres lieux tels que la cancérologie.

La **question n° 11** : « L'unité (ou le service) dans laquelle (ou lequel) vous travaillez pratique-t-elle (ou il) une activité programmée ? » est diversement interprétée. En effet, les enquêtées s'interrogent sur l'expression « activité programmée ». Si elle peut avoir un certain sens dans d'autres secteurs d'activité, l'expression peut se prêter à des incompréhensions dans la mesure où la réalité du travail hospitalier possède la particularité (entre autres) d'être une activité placée sous la dépendance des consignes médicales. Ces dernières peuvent évoluer en fonction de l'état du patient. Les infirmières et les aides-soignantes rencontrées se réfèrent donc à cette réalité de leur travail. S'il y a programmation, celle-ci se calque sur les protocoles médicaux ou infirmiers. Par contre, le rythme de travail peut donner lieu à des variations, ne serait-ce que du fait des urgences :

L'infirmière et l'aide-soignante d'ophtalmologie ont eu du mal à répondre à cette question. Tout d'abord le sens d'activité programmée pose problème, ainsi que la

périodicité de l'activité. Le service accueille les urgences, par conséquent « il n'est pas possible de prévoir à l'avance le déroulement de la journée »

Une « activité programmée » laisserait sous-entendre que les actions menées dans le rapport au travail de ces professionnelles peuvent être cernées, voire contrôlées. Ainsi, même dans les activités *a priori* planifiées, il existe des subtilités :

Pour l'infirmière de dialyse, « cela dépend des activités, c'est très variable, il est difficile de donner une seule réponse ».

À partir de ces commentaires nous pouvons mettre en exergue les décalages existant entre l'activité de travail formellement définie et l'activité réelle du travail. Plus fondamentalement, la mise en place d'un système de normalisation des tâches peut attirer l'attention sur l'incomplétude des règles. Comme l'indiquait Gilbert de TERSSAC « la règle formelle n'est pas réductible à un ensemble de prescriptions rigoureuses mais sa précision s'estompe lorsque le système de production de plus en plus complexe est commandé à partir de modèles qui ne sont ni complets, ni cohérents : c'est bien là que réside la raison fondamentale de la présence des opérateurs humains dont le travail n'est ni totalement défini ni totalement programmé »¹⁴⁸. L'activité de travail à l'hôpital peut être coupée, interrompue, voire estompée. Ainsi la nature elle-même du travail est difficilement réductible à une « activité programmée »¹⁴⁹. Nous verrons ultérieurement que l'intérêt de la post-enquête par entretien est justement de permettre de revisiter le cœur de l'activité de travail.

2-2-2. Deuxième partie du questionnaire : votre travail

Au regard de la formulation de la **question n° 19** : « Occupez-vous différents postes ou fonctions ? (Polyvalence) », on peut penser que les termes « poste » et « fonction » sont équivalents. D'un point de vue formel, les choix de réponses supposent une équivalence entre poste et fonction, or les enquêtées opèrent une distinction entre les deux termes. L'ambiguïté de ces termes place alors les enquêtées dans une situation incertaine et les conduit à opter pour l'un ou l'autre sans que ce choix se fonde sur une réalité concrète de travail.

Le travail à l'hôpital n'obéit pas exactement aux mêmes règles que celles qui régissent les entreprises ou les autres organisations de travail. Si l'on peut se permettre quelques parallèles ainsi que quelques métaphores, il arrive que certains termes interrogent les enquêtées, voire même les offusquent¹⁵⁰. Ainsi à la **question n° 21**, le terme « autorité » paraît totalement inadapté pour les personnels soignants. Spontanément, ils remplacent ce mot par « *délégation* » ou « *responsabilité* », termes plus appropriés à leurs yeux. Globalement, cette question leur paraîtrait plus adaptée pour les cadres que pour elles-mêmes. En discutant plus longuement avec les chercheurs, les infirmières peuvent finalement admettre qu'elles sont « *responsables des aides-soignantes* ». Au passage, ce genre de remarques nous permet de

¹⁴⁸ G. DE TERSSAC (1992), *L'autonomie dans le travail*, Ed. Puf, Coll. Sociologies, p. 81.

¹⁴⁹ Cette question est importante car elle peut faciliter l'analyse du rythme du travail dans les services hospitaliers. Comme le souligne PENEFF « la maîtrise du rythme de travail est un moyen de lutte contre la pénibilité. (...) Le personnel tend à soumettre l'intensité du travail de soins à son propre rythme de disponibilité et de récupération », In (1992), *L'hôpital en urgences*, Ed Métailié, Coll. Leçon des choses, p. 81

¹⁵⁰ Pour avoir une comparaison d'une approche en termes économiques de l'hôpital (assimilé à une entreprise) et ses limites, on peut lire M. RIBAUT et C. AROMATORIO (1991), *L'hôpital entreprise, pourquoi pas....*, Paris, Ed. Lamarre.

pointer l'intelligence collective du travail. En effet, dans un hôpital un patient peut voir durant une semaine plusieurs dizaines de personnes. Ainsi, l'organisation collective du travail est au centre de ces questionnements : « Les personnels se trouvent devant la nécessité d'assurer la coordination de leurs interventions avec celles des autres, au prix d'un lourd travail d'articulation selon le terme d'Anselm STRAUSS, et ce travail est à la fois mal connu et mal reconnu »¹⁵¹. D'où cette difficulté de considérer parfois l'existence d'une ligne hiérarchique forte au niveau des pairs car l'enjeu majeur reste la coordination.

Dans le prolongement de ces réflexions, dans **la question n° 28** : « Devez-vous consigner ou faire des rapports de votre activité par écrit (papier ou messagerie électronique) ? », l'expression « rapport d'activité » ne correspond pas à la réalité du milieu hospitalier, où l'on parle plutôt en termes de « transmission ». Cette situation donne lieu à une diversité de réponses, largement commentées par nos interlocutrices :

Une infirmière différencie rapports d'activité et transmissions : « Je ne vois pas autrement ce que cela peut être rapport d'activité ».

« Avec l'accréditation, il y a eu un effet positif, on en a parlé, c'était une prise de conscience, ça nous remet en question. J'ai un effort à faire sur le cardex ».

Seule l'infirmière d'ophtalmologie évoque différents supports écrits tels que : « les transmissions, les papiers administratifs et le support de soins (dossiers) ».

Les **questions n° 31 et n° 32** manquent de précision : « Une partie de votre travail consiste-t-elle dans la surveillance de machines ou d'installations en fonctionnement ? » et « Dans le cadre de votre travail, utilisez-vous un micro-ordinateur ou autre matériel informatique (terminal, console, robot médical, automate d'analyse, matériel médical avec clavier et écran, etc.) ? ». La première question n'est pas assez précise car elle repose sur un terme « machine », qui n'a pas les mêmes connotations que dans l'industrie. Ainsi deux aides-soignantes ont répondu par la négative tout en indiquant malgré tout qu'elles devaient surveiller et réparer d'autres appareils tels que « lave-vaisselle » ou « chauffe-plats ». Ainsi, la question peut omettre cette réalité du travail. Par exemple, pour ce qui concerne les machines présentes dans les chambres des patients : « ce n'est pas la machine qu'on surveille mais les éléments qu'elle donne pour le patient. Mais on essaie de réparer si la machine ne fonctionne pas bien ». Toutefois, certains, telle une aide-soignante d'ophtalmologie déclare réparer certaines machines et en assurer la maintenance. Ainsi grâce à ce genre de question on mesure les tâches accomplies qui restent non reconnues.

À **la question n° 33** : « Transmettez-vous ou recevez-vous des informations par mail ou liaison informatique ? » Certaines professionnelles répondent qu'elles reçoivent des informations par voie informatique, mais qu'elles n'en transmettent pas. Or, elles ne peuvent pas rendre compte de cette distinction. Selon les cas, elles vont donc répondre indifféremment par oui ou par non. Par ailleurs, l'informatisation des services hospitaliers reste très inégale et disparate. L'accès à l'ordinateur dans certains services semble être le monopole du cadre. Un bon indicateur de cet accès nous a été donné par la durée d'utilisation qui reste marginale. Prolongeant cette perspective, nous avons noté que **la question n° 34** : « Au total, combien de temps utilisez-vous chaque jour en moyenne les matériels informatiques dont nous venons de

¹⁵¹ M. GROSJEAN et M. LACOSTE (1999) *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, Paris, Puf, p. 4.

parler ? » présupposait l'usage quotidien d'un ordinateur. Or, certaines soignantes indiquent n'utiliser un ordinateur qu'une fois par semaine.

Nous avons pu remarquer qu'à la **question n° 51** : « Devez-vous personnellement respecter des normes de qualité précises ? », les enquêtées éprouvaient des difficultés à préciser la nature de ces normes, et évoquaient très globalement la « qualité des soins », qualité évaluée à partir d'indicateurs personnels, informels. D'autres enquêtées pensent uniquement aux normes d'asepsie et d'hygiène.

2-3. Sens, compréhension des questions autour des thématiques relatives au rythme de travail et aux situations de tensions

Dans le questionnaire diffusé par la Drees, on relève un nombre important de questions gravitant autour des situations de tensions au travail et du rythme de travail. Naturellement, il s'agit de données importantes pour saisir l'univers de travail hospitalier. Cependant, nous avons constaté quelques interprétations, réactions et interrogations autour de ces questions.

La **question n° 35** : « Votre rythme de travail vous est-il imposé par : » a donné lieu à une double lecture parmi les personnes rencontrées. Il en découle une compréhension de la question très variable en fonction du sens attribué au terme « rythme » : cadences, séquences et activité programmée. De la même façon, l'expression « normes de production » paraît inadaptée au champ hospitalier et peut faire sourire les enquêtées :

Une infirmière de dialyse : « on ne peut pas dire que c'est la cadence automatique d'une machine, je ne travaille pas à la chaîne ! »

Le questionnaire prévoyait également une série de questions autour des situations de tensions. Ainsi, la **question n° 53** « Vivez-vous des situations de tensions » pose problème car la généralité de l'expression « situations de tensions » peut renvoyer une fois de plus à des réalités de travail très différentes telles que :

Une aide-soignante de réanimation règle les problèmes en discutant le plus vite possible. Une autre infirmière nous déclare ne pas avoir de tensions avec les collègues, au contraire : « on se soutient, ce qui fait notre force ». Enfin, une infirmière de dialyse nous indique que : notre équipe vit en autarcie, il y a des tensions, des conflits entre les gens, mais ça tourne, je reste à distance de cela ».

Si l'expression « situations de tensions » peut être diversement interprétée par nos interlocutrices, il ressort que les conditions de travail évoquées manifestent malgré toute une dimension collective forte. Or, la construction d'un questionnaire peut parfois se heurter à une vision réductrice de la réalité. De ce point de vue, la **question n° 54** : « L'exécution de votre travail vous impose-t-elle ? » propose des réponses binaires relativement inadaptées aux situations diverses de travail. Par exemple :

« Rester longtemps debout » peut dépendre des moments de la journée : « être debout le matin et assise tout l'après-midi ». Il est donc parfois difficile de répondre simplement par oui ou par non à cette question. Une infirmière évoque une autre position pour faire les soins : accroupie.

Par conséquent, c'est à travers les commentaires formulés par les professionnelles et les descriptions qu'elles font de leur travail, que l'on peut découvrir les différentes dimensions de leur activité. Par exemple :

Une aide-soignante et une infirmière ont du mal à répondre par et oui ou par non à la question concernant les « mouvements douloureux ou fatigants ». L'aide-soignante souligne notamment l'idée qu'elle remplace un agent hospitalier pour le transport des médicaments. Elle précise qu'il s'agit d'un travail fastidieux et lourd à cause des consignes d'hygiène : le chariot doit être vidé et rempli plusieurs fois en passant plusieurs sas.

Pour faire face à ces situations, les professionnelles peuvent déployer toutes sortes de relations ou d'attitudes. Pour la **question n° 22.2/3**. « Vous arrive-t-il d'annoncer aux patients ou à leurs familles une nouvelle difficile » et « disposez-vous de consignes ou d'indications pour vous aider à y faire face ? », nous avons noté que les enquêtées étaient très prolixes et évoquaient la gestion de différentes situations pénibles (morts, urgences, etc.), ainsi que leurs conséquences en termes de glissement de rôles ou encore de définition de la « bonne distance à tenir », etc. :

Une infirmière de dialyse : « un patient cancéreux nous pose des questions alors qu'il n'a pas été informé de sa maladie par les médecins. On est en porte à faux, on est mal à l'aise, on ne sait pas comment gérer ces situations, on renvoie aux médecins. De la même façon, l'annonce du passage en dialyse n'est pas toujours faite par les médecins. D'où la nécessité de bien faire les transmissions ». Globalement, les soignantes estiment que « ce n'est pas leur rôle d'annoncer une mauvaise nouvelle, mais qu'elles l'endossent régulièrement ».

Les personnes interrogées détaillent le contenu de ces situations difficiles : dégradation de l'état de santé d'un patient, introduction d'un nouveau traitement contraignant, absence d'amélioration, souffrance du malade, fin de vie, etc. L'ensemble de ces situations se traduit par un niveau émotionnel élevé. Pour y faire face les professionnelles peuvent se lancer dans des formations continues :

Face aux décès et à l'agressivité des personnes, une infirmière de médecine interne affirme avoir été aidée par une formation sur l'agressivité en milieu hospitalier.

Devant l'absence de consignes pour faire face à ces situations, « on y va au feeling ». Pour certaines, il y a aussi la possibilité de discuter avec une psychologue. Mais, les différentes professionnelles interrogées évoquent surtout l'existence de l'équipe comme l'espace où l'on peut partager ces problèmes : « Les médecins sont à l'écoute, des portes sont ouvertes pour échanger ».

Les agressions ne se limitent pas à une dimension physique. Les professionnelles soulignent que les agressions peuvent aller aussi à l'encontre de l'environnement du travail auquel elles peuvent être fortement attachées. De plus, les professionnelles tendent à catégoriser et à graduer les actes agressifs. De ce point de vue, un coup de pied porté par un malade en psychiatrie sera plus facile à accepter qu'un coup porté par un parent proche.

3. Le rapport au travail

La passation du questionnaire a donné lieu à une première prise de contact avec l'univers hospitalier dans le cadre de cette enquête centrée sur les conditions de travail. Outre les remarques formulées au sujet de la compréhension des questions, nous avons constaté que le point de départ pour l'explication des phénomènes observés devait partir de l'activité même de travail. En partant du cœur de l'activité de travail, nous pourrions éviter un regard pré-construit sur le sujet. La difficulté majeure de notre travail réside dans le fait de pouvoir saisir dans toute sa complexité l'univers du travail soignant à l'hôpital. C'est pour cette raison que nous avons été très intéressés par les différents commentaires formulés par nos enquêtées au sujet de leur travail. Le rapport au travail apparaît comme une donnée importante sur laquelle nous allons nous attarder.

3-1. Le temps de travail

La thématique du temps de travail est très présente dans le questionnaire. Cependant, certaines personnes estiment que l'imposition du temps de travail pose des problèmes (en termes de dureté des conditions de travail), alors que « le temps choisi » est fortement revendiqué :

Une aide-soignante évoque des problèmes de santé, en rapport avec le travail de nuit pour expliquer son choix d'un temps partiel à 80%. Une infirmière de médecine interne revendique une journée à soi, plus de liberté et dit : « le temps plein devient lourd ».

3-2. L'attachement au travail

Si le questionnaire permet de cerner les grandes lignes de l'affectation des enquêtées dans les différents services, il sous-estime le rapport subjectif à ces mêmes services, et notamment l'interprétation faite de la spécificité de leur activité. En médecine interne, la spécificité de la « gérontologie » est largement revendiquée, tandis que le service de long séjour sera considéré comme « lieu de vie » et non comme service d'hospitalisation par ses professionnelles. On assiste à *une appropriation subjective* de l'activité qui renvoie à une re-définition de l'espace de travail et participe à la construction de l'identité professionnelle des soignantes.

Cet attachement peut se mesurer par la relation que les professionnelles de santé entretiennent avec les élèves, les stagiaires ou les remplaçants qu'elles reçoivent. La **question n° 18** : « En dehors des élèves ou étudiants, vous arrive-t-il de former des nouveaux ou des intérimaires à la tenue de leur poste ? » ne propose pas d'option (item) permettant d'aborder la transmission des savoirs ou d'expériences. Il importe pourtant de savoir comment les apprentissages sont réalisés, comment les connaissances et gestes sont transmis dans cet univers. Une dimension importante de l'activité de travail demeure en effet la possibilité de fabriquer un savoir informel. Ces « ficelles » peuvent s'inscrire dans la dichotomie prescrit/pratiques. Elles trouvent leur traduction dans les normes de travail et dans les normes de l'accréditation. Ainsi la qualité des transmissions peut être remise en cause au cours de la période estivale (les personnels sont en nombre réduit et ne peuvent pas accorder le temps nécessaire aux nouveaux).

Dans une perspective proche, le terme « d'autorité » utilisé dans la **question n° 19** se heurte à une pratique des équipes de travail où la voie hiérarchique ne fonctionne pas de manière uniforme. En effet, certaines professionnelles vont accentuer l'idée du travail en équipe ; l'ensemble de l'activité du service prenant alors une dimension holiste forte. En revanche, au sein des services les plus techniques, il apparaît que la voie hiérarchique s'exerce avec davantage de force :

« L'autorité renvoie à la fonction hiérarchique du cadre. L'infirmière par rapport aux aides-soignantes est une collègue de travail qui a une autre fonction. Le mot autorité ne convient pas, travail en équipe où chacun a sa fonction, pas d'ordres, plutôt délégation. Chacun juge selon ses propres représentations » dit une soignante.
L'infirmière de dialyse indique que « les aides-soignantes et les agents de service savent ce qu'elles ont à faire (actes quotidiens), les infirmières leur font confiance ». Par contre, les infirmières leur indiquent les tâches plus exceptionnelles. En outre, elle estime que « cela dépend des personnalités avec qui on travaille ».

Aussi à travers la **question n° 42** : « Vous appliquez des protocoles ou vous recevez des ordres, des consignes, des modes d'emploi. Pour faire votre travail correctement, est-ce que », on peut cerner les représentations des mots tels que consignes ou ordres. La question expose différentes situations et peut se prêter à plusieurs interprétations. Les protocoles sont respectés mais les ordres peuvent être volontairement ignorés car contraires à la conception de travail.

L'absence de multiples propositions de réponses ne permet pas de voir la réalité de choses. Il en va de même à la **question n° 44** : « Quand au cours de votre travail, il se produit quelque chose d'anormal, est-ce que » :

Plusieurs personnes se demandent ce que le terme d'anormal englobe. Pour une aide-soignante de réanimation, plusieurs réponses sont possibles, dans certains cas, elle connaît le matériel, dans d'autres cas, elle n'a pas de compétences. De la même façon, l'infirmière de dialyse règle seule le problème de machine quand elle peut le faire, dans le cas contraire, elle fait appel à un technicien ».

La connaissance du matériel peut être collectivement partagée pour pouvoir mener à bien le travail et le coordonner. L'attachement au travail peut se mesurer à partir de ces différentes pratiques. Toutefois pour pouvoir aborder ces pratiques un détour doit être fait par la connaissance plus fine de l'activité.

3-3. L'organisation du travail

L'organisation du travail est abondamment abordée dans le questionnaire. Si d'une part il s'agit de développer au mieux cette réalité, le terme collectif peut être réduit à son expression la plus formelle. À la **question n° 26** : « Avez-vous l'occasion d'aborder collectivement, avec d'autres personnes de votre service, les difficultés morales et affectives que vous rencontrez avec les patients, leurs familles ou d'autres publics ? » deux professionnelles répondent positivement, mais en nuancant fortement et en faisant plusieurs commentaires :

Une nette différence émerge entre les réunions prévues et formelles (cf. psychologue) qui ponctuent le travail d'une part et la possibilité plus informelle (notion d'adaptation secondaire de Goffman) de trouver un mode de régulation collectif de ces problèmes.

Pour la psychodynamique du travail, la problématique du collectif de travail et des coopérations informelles pré-suppose l'existence de règles implicites. Or, l'accréditation peut apparaître comme une tentative de rationalisation des activités de travail. Aussi, dans la **question n° 29** : « Pour vous indiquer ce que vous devez faire ou la façon de procéder, les consignes importantes vous sont-elles données ? », le terme « consigne » peut renvoyer à des réalités très différentes. Sur ce point, les enquêtées ont exprimé sous différentes formes une certaine hiérarchisation des tâches. Les consignes importantes sont écrites (consignes médicales) mais le support oral peut être un autre moyen (en cas de besoin d'ajustement des consignes écrites). Cette question soulève des remarques sur les modes de coordination et de communication au sein du groupe. La qualité dépend aussi de cela. Par ailleurs, en fonction de la nature de la tâche et de son destinataire, on peut relever différentes formes de communication :

Une aide-soignante dit « je transmets à l'équipe qui suit, à l'AS et à l'infirmière ainsi qu'au médecin directement. Avec la surveillante on discute d'autres questions sur le matériel ».

Les **questions n° 35 à 39** soulèvent les problèmes de coopération – leur nature et leur qualité – pour l'activité de travail, en termes de capacité d'invention, de réflexivité et de flexibilité de l'organisation du travail. L'organisation prescrite du travail existe bien, mais l'organisation réelle du travail pointe : les professionnelles évoquent spontanément les différents aspects de la coopération pour faire face aux imprévus. Malgré tout, certaines difficultés demeurent : les médecins sont difficiles à joindre en cas d'urgence par exemple.

Dans le cadre de la **question n° 40** : « Pour faire votre travail, vous arrive-t-il de ne pas prendre de repas ou de l'écourter ? », les professionnelles insistent sur le fait de finir le travail commencé. Les *règles du métier*¹⁵² et de la qualité sont bien présentes ici :

Une infirmière nous précise qu'elle doit attendre de finir un soin pour pouvoir aller manger voire ne pas manger.

La **question n° 41** : « Devez-vous fréquemment interrompre une tâche que vous êtes en train de faire pour en effectuer une autre non prévue » complète la précédente. Il apparaît que le travail *bien fait* et de qualité peut se heurter aux freins humains, techniques et relationnels¹⁵³.

Si les freins existent dans l'activité de travail hospitalier, les équipes déploient quelques arrangements pour coordonner l'activité du service ou de l'unité. La **question n° 46** est intéressante à ce titre : « Vous arrive-t-il d'effectuer des tâches qui ne correspondent pas à

¹⁵² D. CRU (1987), « Les règles du métier » in *Plaisir et souffrance dans le travail* (Dir. C.; Dejours), pp. 29-54.

¹⁵³ Y. CLOT (2000), « Analyse psychologique du travail et singularité de l'action » in *L'analyse de la singularité de l'action*, PUF, Coll. Education et Formation, pp. 53-69.

votre emploi ? » dans la mesure où elle permet d'explorer les glissements de tâches et leur tolérance au sein des équipes. Par exemple :

Pour une aide-soignante donner des médicaments et pour une infirmière faire du ménage.

Par ailleurs, ces critères peuvent être affinés par les professionnelles et dans certaines circonstances le collectif va contrôler ces glissements. Le « rôle propre » peut être différemment interprété. Toutefois, nous avons constaté avec l'item « emploi moins qualifié » une certaine gêne pour les infirmières. En effet, certaines considèrent comme « normal » le fait que les infirmières réalisent des tâches relevant de la fonction aide-soignante puisqu'il s'agit d'actes de *nursing* faisant partie intégrante des attributions infirmières. Dans cette perspective, les infirmières ne vont pas du tout considérer que ces tâches relèvent d'un emploi moins qualifié. Il y a là un rapport très différencié au travail que nous espérons approfondir.

Dans la **question n° 48** : « Pour effectuer correctement votre travail, avez-vous en général ? », le travail est pensé de l'extérieur et l'activité réelle n'est pas observée. L'item n° 6 de cette question – des moyens matériels ou des aides techniques adaptés et suffisants – renvoie à ce type de thématique : la possibilité de coopérer est faiblement valorisée. Il nous semble que ce qui se joue ici c'est la reconnaissance de la compétence des soignantes à organiser leur travail (par l'organisation officielle) :

Une infirmière de dialyse nous explique : « seuls certains membres de l'équipe sont formés à l'utilisation des nouvelles machines. Le matériel est choisi sans tenir compte de l'avis des soignants, du coup il n'est pas toujours adapté (champs trop petits, pas absorbants par exemple) ».

Dans la thématique de l'attachement au travail, nous pouvons évoquer également les réactions et commentaires suscités par les questions abordant le thème de la sécurité : **question n° 57** « Dans le cadre de votre travail, êtes-vous amené(e) à : respirer des toxiques... », et la **question n° 58** « Dans votre travail, devez-vous utiliser des masques, gants, ou autres équipements de protection individuelle ? ». Les soignantes ont un rapport à la sécurité bien plus complexe que les options binaires proposées. Elles connaissent parfois avec force détails les composants des produits ou les protocoles à suivre un cas de danger. Elles peuvent expliquer les limites des procédures en cours ou encore leur complexité.

4. Commentaires généraux hors passation du questionnaire

La passation du questionnaire ne constitue qu'un moment dans le recueil de données sur le terrain. Cette rencontre constitue aussi une situation de relation interpersonnelle avec tout ce qu'elle peut comporter. Enquêté et enquêteur vont s'évaluer et vont adapter leurs comportements mutuels.

À la fin de la passation du questionnaire, les enquêtées nous ont interrogés sur notre démarche et nous ont également fait part de leurs appréciations globales sur le contenu du questionnaire :

Une infirmière de médecine interne apprécie d'avoir pu parler à l'occasion du questionnaire, elle revient sur la pesanteur au niveau relationnel surtout avec les familles ; Les usagers considèrent l'hôpital d'abord comme un lieu hôtelier plutôt que de soin. Ce sont des consommateurs. Pour le côté administratif, elle passe beaucoup de temps à faire des papiers, plus que de temps à soigner les malades. Pour elle c'est déprimant, elle est désolée d'avoir à travailler comme cela. Elle a choisi le métier d'infirmière pour soigner et n'arrive pas à donner le réconfort auquel les malades peuvent prétendre, elle se dit frustrée ».

Certaines appréciations renvoient probablement à des dimensions sous-estimées dans le questionnaire :

Une aide-soignante de médecine dit qu'avec « ce questionnaire on ne peut pas se rendre compte de ce qu'est le travail dans une unité ; ce n'est pas le travail réel. Le service est lourd physiquement et moralement. Il n'y a pas assez de questions sur la qualité et sur le rapport subjectif au travail, si l'on estime que l'on a bien fait, si on est content ».

Une aide-soignante de réanimation se plaint des horaires : l'heure du repas est très tardive, elle ressent de la fatigue à partir de midi, bien qu'elle respecte une pause vers 9h30. Elle remet en cause les 35h, elle peine plus du fait d'un planning sur 13 semaines, avec une rotation matin, après-midi. Elle insiste sur la baisse de tonus vers midi.

La passation du questionnaire s'est déroulée dans les services où travaillent les personnes rencontrées. Il nous est arrivé d'observer certaines scènes de travail mettant en exergue la complexité de l'activité du travail hospitalier :

Lors de mon entretien avec l'infirmière d'ophtalmologie j'ai été témoin d'un accueil en urgences. Un homme âgé d'une cinquantaine d'années avait été admis. Lors de son arrivée le cas ne devait pas poser trop de problème (les soins se limitaient à quelques gouttes). Mais lorsque l'infirmière prend connaissance du dossier elle y découvre plusieurs choses : la première est que le patient était ivre au moment de l'accident, la seconde qu'il souffre d'une double fracture de la clavicule, la troisième qu'il a une fracture du bassin et enfin qu'il a des antécédents cardiaques. Alors elle se pose la question : « mais qu'est-ce qu'il fait ici celui-là » ? Nous ne savons pas manipuler ce genre de patient. À l'arrivée du médecin de garde sa surprise sera également grande : « il n'a rien à faire ici ». Derrière cette situation les remarques autour de l'organisation des urgences et surtout le fait que le service d'ophtalmologie soit perçu comme un service où l'on peut envoyer n'importe quel patient est mal apprécié. Par ailleurs, s'ajoute à ce sentiment l'idée de ne pas être en mesure de réaliser son travail correctement. « Nous ne sommes pas formés pour manipuler ces malades. Nous n'avons pas les outils nécessaires ».

Pour terminer, nous avons relevé des remarques sur le processus d'accréditation et les normes de travail :

Une infirmière de dialyse évoque son rapport aux normes de travail : « Tout ce qu'on fait maintenant est écrit, avec les nouvelles réformes. Moi, je suis plus dans le « faire »,

dans la « pratique ». J'aime bien montrer comment il faut faire ». « Ca ne me plaît pas [les protocoles]. On nous dit de remplir la seringue à héparine à 20 cc. Si moi j'ai envie de mettre 10 CC... Moi, ce protocole, je ne le respecte pas ; OK pour les gestes importants, c'est normal que ce soit écrit. Mais que ça aille jusqu'à ce détail là, non. On est quand même des individus avec notre liberté. J'estime qu'avec 10 CC, c'est suffisant : je mettrais moins de temps à remplir ma seringue qu'avec 20, mon pousse-seringue sera aussi moins long à programmer. Par contre, je le note parce que je sais que le protocole est différent ».

La même infirmière poursuit en retraçant sa participation à la rédaction des protocoles : « On a eu notre rôle à jouer, tous ces protocoles là, en équipe. C'est Mme X (la surveillante) qui a fait beaucoup de choses par écrit. Quand elle avait écrit, elle nous demandait si ça allait, qu'est-ce qu'on avait à modifier. Ou alors il y avait des équipes pour travailler sur les changements de cathé par exemple, on était à 2 ou 3 à travailler dessus. Cela c'est nous qui les avons faits. Ca remonte déjà à un moment, les premiers ça fait déjà 10 ans qu'ils sont en place, les derniers non. Les branchements de cathé on les a écrits assez rapidement, parce que le médecin est assez perfectionniste, et ça il a voulu que ça soit écrit assez vite. Ici, les médecins étaient partie prenante, et peut-être en avance par rapport aux autres services ».

Cinquieme partie - Analyse des entretiens recueillis auprès des post-enquêtés

I. Quelques éléments de présentation du contexte de travail des soignants dans les établissements de santé

Avant d'exposer les représentations et les pratiques de la qualité ainsi que les effets de la démarche d'accréditation, il convient de décrire le contexte de travail des professionnels du soin. En effet, ces conséquences ne peuvent se comprendre qu'en référence à la réalité de l'activité soignante. D'ailleurs, c'est bien souvent la réalité du travail elle-même qui détermine – au moins pour partie – ces effets. Ainsi, les nouvelles exigences procédurales écrites (les transmissions ciblées ou les protocoles par exemple) seront diversement accueillies en fonction des conditions de travail pré-existantes ; un contexte de travail marqué par un surcroît d'activité risque de conduire à des effets perçus négativement par les acteurs.

Dans cette première partie de l'analyse, le contexte de travail des soignants est décrit à partir de leurs propres points de vue, et plus précisément à partir de leurs perceptions des changements ayant affecté les conditions de travail ainsi que les modes de prise en charge des patients depuis plusieurs années. Les personnes enquêtées exercent dans le secteur des soins depuis plus de dix années (la plus ancienne d'entre elles exerçant depuis 37 ans). Dans leurs discours, ces professionnels font état des transformations intervenues au fil de leur avancée en carrière. Ce retour en arrière en quelque sorte, leur permet de décrire plus finement leurs pratiques actuelles (il s'agit des pratiques décrites à la date de l'entretien, et non à la date de l'enquête téléphonique). Certaines de ces évolutions sont vécues très positivement et envisagées en termes d'améliorations et de progrès, alors que d'autres sont perçues comme des sources de contraintes supplémentaires qui pèsent sur l'activité et contribuent à la dégradation du travail.

1. Malades, maladies et soins : de la « préhistoire » à l'ère du scanner

Ayant débuté dans les années 1975, une infirmière qualifie cette époque de « préhistoire » comparée à l'époque actuelle. Les professionnels interrogés soulignent de manière unanime les changements intervenus dans le champ de la santé, bien que ces derniers soient vécus différemment selon les domaines qu'ils concernent.

1-1. Le vieillissement des patients et l'alourdissement des pathologies

Les soignants constatent l'accroissement de l'activité au sein de leurs services respectifs. Ils rendent compte de cette progression en faisant référence à des indicateurs qui permettent de mesurer le volume de cette activité : l'augmentation du nombre de malades pris en charge par une unité ou celle du nombre d'actes réalisés (par exemple, le nombre d'accouchements annuels pour une maternité) ou encore la multiplication des espaces réservés aux soins (création de salles d'accouchements ou de blocs opératoires supplémentaires). En outre, cette augmentation de l'activité ne s'est pas accompagnée d'un renforcement des effectifs au sein des équipes, mais plutôt même de leur réduction en lien avec le passage aux 35 heures (cf. point 2).

Les données statistiques les plus récentes soulignent à l'inverse une diminution de l'activité au sein des établissements de santé¹⁵⁴. Notre propos n'est pas de discuter un tel constat mais d'attirer l'attention sur la dimension subjective et sur des aspects que l'on peut difficilement mesurer avec les outils employés pour évaluer l'activité des services (en termes d'entrées et sorties notamment). En effet, l'activité de travail implique un engagement subjectif qui correspond à une réalité vécue spécifique. Cette dernière n'est pas une pure fiction mais résulte souvent des régulations collectives mises en place pour répondre aux impératifs de l'activité de travail. C'est la raison pour laquelle, le complément des post-enquêtes s'avère utile car il est possible de cerner les processus en cours et de comprendre les décalages éventuels entre le discours des professionnels et les mesures effectuées par ailleurs. Ainsi, l'on constate depuis ces dernières années une baisse de la durée moyenne des séjours (6,5 jours en 1998 en secteur MCO contre 5,9 jours en 2002) et plus largement une diminution du nombre de séjours et du nombre de journées d'hospitalisation¹⁵⁵. Conjointement à cette baisse de l'activité, on assiste à une montée des effectifs infirmiers. Ainsi, parmi les personnels non médicaux des services de soins, les effectifs infirmiers sont ceux qui ont le plus sensiblement augmenté entre 1998 et 2002 : leur croissance, qui a atteint 10,7 % sur la période, a été plus rapide que celle des autres catégories de personnel et ce dans tous les secteurs d'hospitalisation.

Les soignants interrogés dans le cadre de notre étude insistent quant à eux sur l'augmentation de la production de soins et sur la surcharge de travail qui en découle. Ces phénomènes sont mis en rapport avec les transformations de la population accueillie, tant sur le plan de ses caractéristiques socio-démographiques que de ses valeurs et de ses attitudes. Ainsi, c'est d'abord le vieillissement des patients qui est perçu comme étant à l'origine de ces évolutions. Ce phénomène est particulièrement saillant dans les secteurs de longs séjours et de gériatrie qui accueillent spécifiquement une population âgée, et de plus en plus âgée. Néanmoins, ce phénomène est général dans la mesure où il peut être observé dans l'ensemble des secteurs de soins aux adultes. Par exemple, une aide-soignante en poste dans un service de maternité relève un nombre croissant de grossesses à un âge « *avancé* ».

Ces transformations ne sont pas sans incidence sur le contenu des soins dispensés par les équipes. Plus âgés qu'avant, mais aussi plus « *lourds* » (polypathologies, dépendances), ces malades entraînent une recrudescence des tâches de nursing. Une aide-soignante en secteur gériatrique précise que la prévention des escarres induit des soins continus (pluri-quotidiens). En outre, le vieillissement démographique des malades s'accompagne d'une plus grande fréquence des pathologies chroniques, à l'instar des différentes formes de démences ou encore de la maladie d'Alzheimer. Face à ces pathologies du grands âge, les soignants se trouvent très démunis (absence de formation, de locaux adaptés, etc.).

Paradoxalement, les professionnels ne soulèvent pas spontanément la question de la réduction de la durée moyenne des séjours, qui pourtant joue un rôle majeur dans ce processus d'intensification du travail : « Aujourd'hui, au cours d'un séjour, un malade passe très souvent un maximum d'exams, de traitements, en un minimum de temps. Cela engendre une activité

¹⁵⁴ Selon une étude de la Drees, la conjoncture actuelle dans les établissements de santé publics et privés au cours de 2003 serait en baisse : L. TRIGANO (2004), « La conjoncture des établissements de santé publics et privés au cours de l'année 2003 », *Études et résultats*, n° 337, pp. 1-8.

¹⁵⁵ Drees (2004), *Données sur la situation sanitaire et sociale en France – Annexe A au projet de financement de la sécurité sociale pour 2005*.

plus dense qui se concentre en un temps de plus en plus réduit, avec un personnel qui travaille de plus en plus rapidement, avec des marges d'effectifs de plus en plus limitées (on parle «d'effectifs tendus» par analogie avec l'industrie automobile, où l'on parle de stocks à «flux tendu»)¹⁵⁶ ». Analysant un corpus d'entretiens recueillis auprès d'infirmières expérimentées, Fabienne MIDY montre que la réduction de la durée des séjours et le taux de rotation plus important des patients sont perçus comme des contraintes nouvelles qui concourent à multiplier les actes de soins et les tâches administratives¹⁵⁷.

1-2. De nouveaux modes de recours aux soins, de nouveaux malades

Par ailleurs, les soignants ont assisté à une transformation des modes de consommation médicale, tant sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif. Les enquêtés notent que la demande globale de soins s'est fortement accrue au cours de ces dernières années. Cette évolution est envisagée négativement et appréhendée comme une forme de sur-consommation médicale.

De plus, le malade se positionne de plus en plus souvent en qualité de client, plus qu'en usager des services de soins, comme en témoigne son comportement. Plus consuméristes, les patients privilégient massivement les soins dispensés par les établissements sanitaires publics et se détournent de l'offre médicale de ville. Les enquêtés déplorent le fait que certaines personnes s'adressent systématiquement à l'hôpital, pour de «*petits problèmes*» non urgents pouvant être traités dans le secteur libéral, ces prises en charge «*abusives*» tendant alors à alourdir davantage leur activité.

Cette tendance est particulièrement notable dans les services de consultations, et surtout aux urgences : «*c'est devenu une habitude, c'est comme ça, parce que vous venez à n'importe quelle heure, c'est bien pratique quand même, si vous avez mal à votre genou depuis une semaine, vous savez qu'à 2 heures du matin, vous pouvez voir un médecin aux urgences*» (une aide-soignante). Si certains de ces recours aux soins peuvent s'expliquer par la plus grande fréquence des situations de pauvreté et d'exclusion au sein de la population, d'une manière plus générale, ce sont les valeurs des individus qui auraient changé. Ces patients peuvent alors être qualifiés très péjorativement : ils sont «*irrespectueux*», «*individualistes*», «*exigeants*», etc. Là encore, ce type de discours est assez typique des professionnels qui accueillent les malades en urgences : «*on connaît trop la nature humaine, on l'a dans toute sa splendeur, c'est épouvantable, c'est sans artifice, c'est épouvantable*» (aide-soignante).

L'enquête nationale sur les urgences réalisée en 2002 par la Drees¹⁵⁸ souligne que les traumatismes et les problèmes somatiques (affections non liées à un accident) constituent les principaux motifs de recours aux urgences et que près des trois-quarts des patients ayant fréquenté les urgences ont reçu au moins un acte diagnostique ou des soins d'urgences. Dans leurs discours, les professionnels enquêtés ne paraissent pas remettre en question le caractère

¹⁵⁶ J-M. BONMATI (1998), *Les ressources humaines à l'hôpital : un patrimoine à valoriser*, Ed. Berger-Levrault.

¹⁵⁷ F. MIDY (2003), *Les principaux changements dans la profession infirmière depuis vingt ans*, mémoire de sociologie, CREDES.

¹⁵⁸ V. CARRASCO, D. BAUBEAU (2003), « Les usagers des urgences premiers résultats d'une enquête nationale, *Études et Résultats*, n° 212 ; D. BAUBEAU, V. CARRASCO, (2003), « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », *Études et Résultats*, n° 215.

médical, et donc légitime, de ces motifs. Ce qui les interroge concerne plutôt le niveau de gravité des problèmes pour lesquels les patients choisissent de se rendre aux urgences. Dans bien des cas, le niveau de gravité de l'état clinique du patient est jugé peu élevé et ne justifie pas un passage aux urgences selon les soignants (« *petits problèmes* »). Dans les services d'urgences, l'évaluation de l'état clinique repose sur l'usage de grilles relativement standardisées qui permettent aux infirmiers d'accueil de trier les patients en fonction de leur niveau de gravité et du caractère plus ou moins urgent de leur prise en charge. Aussi, la définition professionnelle de l'urgence (considérée ici au sens d'urgence vitale) diffère quelque peu de la conception de l'urgence du malade. En outre, il est probable que la pénibilité des conditions de travail dans ces services (activité rapide, rythme imprévisible, turn-over des patients, etc.) contribue aussi à relativiser le caractère urgent des demandes. Par ailleurs, les recours que les enquêtés qualifient d'« *abusifs* » car relevant *a priori* de la médecine libérale, peuvent être saisis comme les conséquences d'une forme de familiarité avec l'hôpital, et plus particulièrement avec les services des urgences. Sur ce point, l'enquête nationale sur les urgences précise que cette familiarité s'accompagne d'une méconnaissance du système de ville.

1-3. Le développement des actes de diagnostics

Les soignants, et en particulier ceux qui exercent dans les secteurs les plus techniques, insistent sur la progression des actes diagnostics : le bilan sanguin est quasiment systématique, ce qui était loin d'être le cas il y a vingt ans. D'autre part, de nouvelles techniques diagnostiques ont fait leur apparition et se sont rapidement généralisées, à l'instar des techniques radiographiques : scanner, échographie. Si ces évolutions apparaissent bénéfiques en matière de prise en charge des pathologies, elles le sont nettement moins sur le plan de la relation au malade. Le recours aux nouvelles technologies médicales tend à introduire de la distance entre le soignant et le soigné : « *Il y avait le patient, le médecin qui l'auscultait, qui touchait le patient, qui avait quelque chose de relationnel, de palpation comme quand on va chez un médecin traitant, il parle, il vous ausculte, il a le tensiomètre, il a le stéthoscope, voilà, c'était un petit peu ça, maintenant, on tombe dans, les prescriptions sur ordinateur, on se demande quelquefois si le médecin est rentré auprès du patient* » (infirmière, secteur de médecine générale, unité d'hématologie).

1-4. Les perfectionnements du matériel de soin

L'apparition de nouveaux matériels est saluée par la plupart des enquêtés. Ceux-ci sont souvent plus efficaces que les anciens matériels, plus faciles à utiliser également. La généralisation du matériel de soin à usage unique est signalée à de nombreuses reprises, surtout par les infirmières qui les utilisent davantage (seringues, aiguilles, etc.). Les aides-soignantes quant à elles évoquent les matériels jetables pour la toilette et l'alimentation : biberons prêts à l'emploi pour les nouveau-nés, changes et lingettes jetables pour les malades incontinents. Ces innovations ont contribué à alléger la charge de travail par la suppression des tâches de nettoyage et de stérilisation.

1-5. La prise en compte de la douleur et les soins palliatifs

Les professionnels insistent également sur l'amélioration de la prise en charge de la douleur, plusieurs infirmières ont d'ailleurs suivi des formations continues sur cette question.

L'utilisation accrue des analgésiques est perçue très positivement, pour le confort apporté aux malades. L'accompagnement des malades en fin de vie est également plus satisfaisant aujourd'hui, grâce au développement des soins palliatifs (auxquels plusieurs infirmières sont également formées). Ces innovations permettent aux paramédicaux d'exercer plus sereinement leur métier auprès des patients et s'inscrivent dans le sens d'un allègement de leurs contraintes.

Néanmoins, certains déplorent que ces progrès aient été impulsés par les soignants de terrain, le point de vue de ces derniers sur la souffrance des malades étant encore insuffisamment pris en compte par les médecins. En outre, une aide-soignante estime qu'une prise en charge massive des douleurs (quelle que soit leur intensité) conduit à une espèce de systématisation du recours aux antalgiques, l'offre créant la demande en quelque sorte : « *Je crois qu'à la longue, ils vont faire une péridurale à la suite d'une couche parce que, les mamans ne supportent plus les douleurs [rires], en plus on leur dit de ne pas supporter les douleurs, donc c'est pas tombé dans l'oreille d'un sourd* ».

1-6. L'amélioration des locaux et de leurs équipements

Une majorité de soignants atteste de l'amélioration globale des locaux, même si quelques-uns signalent toujours l'existence de locaux vétustes et mal agencés. Un certain nombre de services, de bâtiments, voire d'établissements entiers ont fait l'objet d'importants travaux de rénovation au cours de ces dernières années. Ces changements contribuent à bonifier les conditions de travail des soignants, mais aussi les conditions d'accueil des patients et plus largement les soins produits.

Les espaces réservés au travail des soignants sont plus « *propres* », plus « *lumineux* », plus « *fonctionnels* » comparés aux espaces que l'on a connus à ses débuts. Les chambres des malades sont « *colorées* », « *équipées de la télévision* », « *d'une salle de bains privative* », etc.

Les personnes ayant une grande ancienneté ont assisté au processus d'humanisation des établissements de santé, l'évolution la plus marquante dans ce domaine fût sans conteste la disparition des salles communes au profit des chambres à un ou deux lits. L'équipement des chambres s'est aussi perfectionné : le lit médicalisé, réglable, apparaît comme un progrès majeur. Ce type de matériel participe au confort des malades, mais également à celui du personnel. L'ajustement en hauteur des lits évite aux soignants d'adopter des postures à risque au regard des dorsalgies. Ce genre d'équipement amoindrit la pénibilité au travail, notamment pour les aides-soignantes qui plus que les infirmières sont soumises à d'importants efforts physiques (comme porter et déplacer des charges lourdes ou encore rester debout)¹⁵⁹.

1-7. L'introduction de l'informatique

Dans certains secteurs, l'introduction récente de l'informatique est évoquée : l'informatisation des dossiers, celle des transmissions ou encore celle des prescriptions médicales. Compte tenu de leurs attributions administratives, ce sont les infirmières qui ont été les plus touchées par celle-ci. Toutefois, les impressions concernant cette innovation sont

¹⁵⁹ D. BAUBEAU, R. LE LAN (2004), « Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », *Études et résultats*, n° 335.

beaucoup plus mitigées qu'au sujet du matériel et les évaluations négatives sont fréquentes. Pour les soignants, l'informatisation ne constitue pas une aide en matière de production des soins, mais plutôt une autre source de contrainte. Ainsi, les professionnels ne sont pas accompagnés pour la mise en œuvre de ces nouvelles manières de travailler et doivent faire leur apprentissage « sur le tas ». Les dysfonctionnements et autres pannes des systèmes informatiques perturbent et retardent considérablement leur travail : « *C'est-à-dire que j'arrive devant les patients, je ne sais pas ce que je dois leur donner, j'ai rien* » (infirmière, hématologie).

Dans ces conditions, l'on peut voir co-exister d'anciennes méthodes de travail jugées plus efficaces avec de nouvelles méthodes jugées moins performantes : des transmissions orales « *à l'ancienne* » peuvent être maintenues malgré l'informatisation de ces données ; le dossier informatisé du patient peut se doubler d'un dossier papier manuscrit.

En dépit de toutes ces évolutions techniques et matérielles, les soignants interrogés déplorent une dégradation certaine de leurs conditions de travail : « *ça se dégrade, plus que ça s'arrange* » dit une enquêtée. Le point suivant rend compte plus précisément des conditions et de l'organisation actuelles du travail dans les établissements de santé.

2. Les conditions de travail : une découverte des nouvelles dimensions ?

Parler des conditions de travail à l'hôpital c'est évoquer une réalité fort complexe et dont nous allons tenter de dessiner les contours à partir des différents réponses et lectures effectuées sur le sujet. L'hôpital pose de réelles contraintes pour la mise en place de plans de prévention des risques professionnels. Aussi est-il dans le secteur sanitaire laborieux d'appliquer les principes du monde industriel. L'exemple des problèmes liés à la prévalence des lombalgies d'un point de vue biomécanique est relativement connu. La biomécanique explique la répartition et l'intensité des efforts à exercer par le corps pour répondre à une sollicitation externe et les normes européennes, dans ce cas, sont difficilement applicables. Malgré l'existence de normes (exemple : normes d'espace de travail), comme la norme AFNOR relative à la manutention (NF X 35 – 109 sur la limite de port de charge occasionnel une fois au plus par 5 minutes et NF X 35 – 106 sur la poussée ou traction des lits et chariots). En effet, peut-on réduire le poids d'une personne à moins de 30 kilogrammes ? Dans le secteur industriel, il est possible de jouer plus facilement sur l'objet de la production alors que dans le secteur sanitaire le travail se caractérise essentiellement par une *relation de service* tournée vers autrui, « matière » par définition non inerte.

C'est pourquoi nous verrons que les conditions de travail sont décrites à travers un processus, certes subjectif, mais représentatif d'une évolution et d'une certaine objectivation de l'activité de travail.

2-1. Les conditions de travail : une activité comparative ?

En effet, dans un premier temps, nous constatons dans les propos des soignants une description de l'évolution des conditions de travail assez claire. Mais cette évolution est contrastée par rapport aux incidences des transformations récentes dans le champ hospitalier. Nous avons indiqué que les professionnels de santé soulignaient les transformations plutôt positives des conditions de travail. Simplement ce qui apparaît d'une manière plus saillante

avec l'amélioration des conditions matérielles – locaux plus vastes, lits électriques, matériels jetables, etc.- permettra que d'autres éléments participant aux conditions de travail jusqu'à l'heure « invisibles » deviennent palpables pour les professionnels. C'est que les conditions de travail sont dans une certaine mesure « une construction sociale ». « Parler de conditions de travail implique de détacher du travail certains de ses aspects, de convenir que, d'un certain point de vue, ils ne font pas partie du travail, qu'ils en constituent des éléments contingents »¹⁶⁰. Autrement dit, ces évolutions ont changé la vision que les professionnels avaient de l'activité de travail et des aspects inhérents ou extérieurs à sa réalisation. De cette façon, le travail en bloc opératoire a connu ces dernières années des progrès considérables notamment avec le matériel à usage unique « *ça évite la stérilisation et les temps que l'on passait étaient très longs* » (Infirmière, CHU, bloc opératoire). Mais un tel progrès se traduit également par un glissement ou une réorganisation des tâches à l'intérieur du service. Le nombre de personnels étant en baisse, ils sont conduits à arbitrer quotidiennement entre le respect des consignes d'hygiène et la réalisation du travail : « *il m'arrive assez régulièrement d'appeler quelqu'un à l'extérieur pour qu'il apporte un produit ou pour qu'il vienne nous aider. Si personne ne répond, alors qu'est-ce qu'on fait ? Et bien on sort* » (infirmière CHU, service urgence).

Dans nos entretiens, ce type de situation est assez récurrente, où l'on observe un jugement positif sur les conditions matérielles et une émergence d'autres éléments liés davantage à la réorganisation ou à la pénurie du personnel. Ainsi dans certains services, le téléphone peut être source de tensions dans la mesure où les appels pour les médecins sont gérés par le personnel infirmier ou aide-soignant. Les secrétariats médicaux fonctionnent sur des horaires classiques et ne couvrent pas forcément l'ensemble des plages horaires des médecins. Dans ces conditions, les médecins donnent ou transmettent les numéros des services ou des postes des soins pour être joignables 24/24h. Or, ces appels vont obliger les soignants à interrompre leur activité et les soins en cours et ils peuvent finir par oublier ou omettre les règles d'asepsie « *on nous rabâche les oreilles sur les maladies nosocomiales et que les infirmières doivent se laver les mains et tout, vous êtes en train de faire un soin, de préparer une perf, le téléphone sonne, donc quand il va sonner une fois, vous aller poser la perf qu'on est en train de préparer, on va aller se laver les mains, on va décrocher le téléphone, on va appeler le médecin, mais on ne va pas le trouver, on va prendre le message sur papier, on va raccrocher, on doit aller se relaver les mains, et on va préparer notre perfusion. Vous voyez le temps qu'on perd ? Ça on va le faire une fois, deux fois, trois fois et au bout de dix fois il y a quelque chose que l'on va zapper. Qu'est-ce que l'on va zapper ? Le lavage des mains qui est essentiel !* » (infirmière CH, service de médecine générale).

L'amélioration des conditions matérielles d'exécution du travail déplace l'attention vers d'autres éléments qui seront considérés comme étrangers à l'activité. Le passage progressif des chambres collectives à des chambres individuelles a permis une certaine humanisation dans le traitement des malades tout en multipliant d'autres contraintes telles que passer d'une chambre à une autre dans des couloirs atteignant parfois 80 mètres. La dimension matérielle peut être aussi source des contraintes ou des tensions si cette dernière ne répond pas aux exigences du travail. De cette façon, si les équipes possèdent le nécessaire pour accomplir leur travail il n'y a pas de souci : « *le principal c'est d'avoir le matériel parce que c'est pas trop agréable de faire tous les étages pour avoir des choses* » (aide-soignante. CH).

¹⁶⁰ M. GOLLAC et S. VOLKOFF (2000), *Les conditions de travail*, Paris, Ed. La découverte, (coll. « Repères »), p. 7

Les processus qui conduisent à objectiver les conditions de travail sont assez complexes. On sait que la dégradation est un élément que l'on peut prendre en compte lorsque les acteurs sociaux font une comparaison avec un avant et un après. Lors de nos entretiens, c'est à cet aspect primordialement que les professionnels de santé se réfèrent pour nous exposer et justifier les changements remarquables. Le fait de cumuler plusieurs activités peut être source d'enrichissement et de réduction de monotonie mais lorsque cette concentration d'actes aboutit à un certain isolement et à réaliser l'ensemble du processus un certain sentiment d'être victime ou abusé pointe : « *Vous voyez par jour on est en fait huit. C'est beaucoup parce qu'en chimiothérapie, le matin on prépare la chimio, c'est nous qui préparons si vous voulez. Il n'y a pas un pharmacien qui va préparer. Il n'y a pas, le technicien, c'est nous donc, les dosages, la manipulation, bon c'est fait par nous. C'est nous qui posons les perfusions, c'est nous qui prenons les rendez-vous avec, c'est nous qui organisons tout de A à Z* » (infirmière, clinique privée). À travers les descriptions faites par les professionnels de santé on mesure les différences qu'ils vont effectuer entre ce qui fait réellement partie de leur pratique et ce qui est totalement étranger : la préparation, le technicien, etc. Nous pourrions aussi évoquer, dans ce processus d'objectivation des conditions de travail, l'activité comparative faite par les professionnels de santé lorsqu'ils vont se référer à ce qui se passe dans tel service ou dans tel établissement pour évaluer la situation dans laquelle ils se trouvent. Mais d'une manière plus précise, ils vont distinguer l'évolution positive des conditions matérielles et l'évolution des malades. Effectivement, les malades ont changé, ils sont plus exigeants et considérés parfois comme plus lourds ou ne relevant pas de l'activité traditionnelle du service. Ainsi dans certains services de rééducation les professionnels rencontrés observent des cas de traumatismes crâniens dont ils avaient la responsabilité mais plus tard dans le processus de prise en charge. « *Les traumatismes arrivent tout de suite. Là maintenant nous on a les traumatismes, il faut les mettre par terre, sur des matelas et tout ça. Enfin moi, je parle du service où j'étais. Bon on avait les traumatismes, mais ils arrivaient, ils étaient quand même moins lourds. Ils avaient moins de soins à leur faire et tout ça* » (aide-soignante. CH).

Un autre élément qui participe à l'objectivation des conditions de travail est l'intervention de l'État qui constitue un facteur d'objectivation des conditions de travail de même que la mobilisation collective d'une profession telle que les infirmières ont connu dans les années 1980 (Cf. KERGOAT)¹⁶¹. C'est la raison pour laquelle, dans les entretiens que nous avons réalisés la question de l'objectivation des conditions de travail et des incidences sur un sentiment de souffrance nous paraissait important à souligner dans le contexte tel qu'il est perçu par les enquêtés.

2-2. Les 35 heures un argument évoqué pour expliquer la situation actuelle

Bien que ne faisant pas l'objet d'un point central dans notre enquête, les transformations vécues dans le cadre des lois Aubry sur les 35h00 ont été évoquées spontanément par les professionnels de soins rencontrés. Le passage aux 35h00 a donné lieu à des discussions plus ou moins conflictuelles sur les réorganisations des services nécessaires à l'application de la loi. Aussi est-elle présentée comme étant à la source ou l'une des causes principales de la dégradation des conditions de travail. Ces remarques rejoignent les écrits de P. Askenazy sur

¹⁶¹ D. KERGOAT (1992), *Les infirmières et leur coordination 1988-1989*, Paris, Ed. Lamarre.

l'application des 35 heures lorsqu'il considère que « la proportion des salariés subissant une flexibilité de leurs horaires est passé de 10 % à 40 % dans les établissements sous Aubry »¹⁶².

Ainsi les disparités de traitement entre les plages horaires à la suite du passage de 35 heures sont avancées pour illustrer la déception d'une telle politique. Dans un établissement hospitalier les 35 heures se sont traduites par des embauches dans le service mais uniquement le jour et pas la nuit. « *La nuit l'équipe des post-couches est composée de 3 personnes, et le jour de 5. En outre, l'équipe de jour comprend en plus une ASH qui sert le repas, pas la nuit. Ainsi une femme qui accouche la nuit et monte ensuite dans le service de post-couche peut avoir besoin de manger et on sera obligé de se débrouiller* » (aide-soignante, CH).

Dans ce sens la plupart de nos enquêtés regrettent souvent un passage aux 35 heures peu concerté et peu soucieux des incidences sur les conditions de travail dans les services. En effet, les horaires spécifiques utilisés dans les établissements de santé conduisent à effectuer une mise en place prudente de l'application des 35 heures. La difficulté principale à laquelle les équipes des soins se heurtent est d'assurer la continuité des soins. Les aspects négatifs restent toujours les mêmes « *faire le même travail, en moins de temps sans personnel supplémentaire, on s'adapte à la situation* » (infirmière CHU).

Si la RTT est appréciée parce qu'elle permet aux professionnels de prendre leurs congés, ils soulignent également que les conditions d'effectivité d'un tel droit sont plus complexes. Les professionnels ont du mal à prendre leur RTT du fait du manque de personnel – les absences ne sont pas remplacées – là encore « *il faut s'arranger entre les collègues et ne pas laisser dans la panade, notamment lorsque les effectifs sont insuffisants* » (infirmier, CH).

Parmi les éléments cités par les enquêtés, la réduction du temps consacré aux transmissions occupe une place centrale. Cette réduction est vécue avec une certaine amertume car elle ne permet pas de maîtriser la totalité des informations à transmettre ou à souligner lors du changement d'équipe. Aussi cet aspect est évoqué comme une conséquence possible et dont on peut craindre un jour la mise en place : « *Ben moi, ce que je crains c'est que, si vous voulez, on va arriver au terme des 3 ans, 4 ans, 5 ans peut-être, c'est quand la mis en place des RTT, en 2001 ? On va arriver au bout de trois ans maintenant et moi j'ai peur qu'on passe aux 35h00 strictes en diminuant les chevauchements parce qu'ils n'auront plus le financement* » (Infirmière, Clinique privée).

Les 35 heures apparaissent, dans le contexte décrit par les enquêtés, comme un des facteurs importants et majeurs de l'évolution des conditions de travail à l'hôpital accentuant par-là les éléments tels que la charge de travail ou la pénurie du personnel.

2-3. Une pénurie du personnel quantitative certes mais également qualitative

Au cours de notre travail nous avons eu l'occasion de constater les remarques formulées par professionnels concernant la pénurie des professionnels notamment infirmiers et aides soignantes. Si les réalités de travail décrites traduisent bien cette pénurie (absence de

¹⁶² P. ASKENAZY (2004), Les désordres du travail. Enquête sur le nouveau productivisme, Paris, Ed. Seuil, p. 53. Lire aussi son article, P. ASKENAZY (2000), « Réduction du temps du travail : organisation et conditions du travail », *Revue économique*, vol. 51, pp. 547-556.

remplacements, difficultés à trouver des professionnels, etc.) il existe également une évaluation qualitative des professionnels de remplacement recrutés pour faire face aux absences (intérimaires, personnels roulants, etc.).

En réalité, tout se passe comme si cette pénurie était d'autant plus mal vécue qu'elle met en exergue un jugement négatif des nouveaux professionnels considérés comme insuffisamment préparés pour la prise de poste¹⁶³. Aussi au cours des entretiens avons-nous noté que les rapports entre les remplaçants et les enquêtés n'étaient pas tout le temps décrits comme une situation permettant par exemple la transmission d'un savoir. Ainsi, le remplaçant qui arrive dans un service technique, et pour peu que celui-ci ne connaisse pas ou à peine les subtilités du fonctionnement des outils mis à la disposition des professionnels, va être considéré plutôt comme une charge complémentaire que comme une aide. On observe aussi cette réflexion à l'évocation de l'accueil des stagiaires et des élèves : « *Mais je pense que c'est difficile d'avoir des élèves infirmiers parce qu'il veut mettre des agrafes, il veut enlever des fils, il veut poser un drain, il veut poser une perfusion à la limite. Alors le problème avec les chimiothérapies c'est qu'on ne peut pas se permettre de mal poser une perfusion* » (infirmière, CH). La technicité du travail dans certains services accentue les tensions de la conjoncture de pénurie du personnel en montrant les écarts à combler pour obtenir un professionnel apte au travail.

Mais cette aptitude se mesure également en fonction non seulement du poste à occuper mais également à partir du moment où il n'y a pas de possibilité de constituer un pool de remplaçants favorisant la stabilité des personnes et une meilleure entente : « *nous n'avons pas d'élèves la nuit mais des intérimaires, jamais les mêmes, il faut recommencer à chaque fois. Je dois donner des conseils et m'en occuper car la surveillante n'a pas le temps de leur dire tout et de les accompagner correctement* » (aide-soignante, clinique). L'effort entrepris à chaque fois pour expliquer le fonctionnement du service, les gestes à faire ou à éviter, les présentations de l'équipe, etc, termine par miner la motivation de certains enquêtés surtout lorsque ces intérimaires arrivent sans le moindre repère par rapport au service.

2-4. Une intensification au travail ressentie à divers niveaux

Outre les aspects cités plus haut, les enquêtés nous ont souligné une évolution des conditions de travail à travers la description de leur carrière. Ainsi lorsqu'ils décrivent leur activité celle-ci se caractérise par un rythme de travail dont ils ont du mal à maîtriser le débit : « *ce qui se passe, c'est que on fait tout rapidement. On devrait passer 10 minutes, un quart d'heure pour faire un massage, là on passe deux ou trois minutes parce qu'il faut voir tout le monde ou alors celui qui demande plus, il nous voit beaucoup plus souvent dans la journée que les gens qui demandent rien. On n'a pas le contact avec le patient pareil* » (aide-soignante, clinique). Cette intensification du travail se ressent dans les aspects relationnels de l'activité de soin mais également plus techniques. Les enquêtés se plaignent de ne pas pouvoir effectuer ou de risquer de ne pas pouvoir effectuer le travail dans des conditions normales.

Il en va de même dans les situations les plus délicates là où les enquêtés souhaiteraient disposer d'un laps de temps leur permettant de gérer avec civilité le passage d'une situation à une autre. Ainsi le décès d'un patient peut être mal géré si les professionnels n'ont pas le

¹⁶³ Nous allons évoquer cet aspect plus en détail dans les parties ultérieures.

temps de supporter la situation. La rapidité avec laquelle, ils doivent passer d'un patient à l'autre ne laisse que peu de temps pour se remettre à travailler : « *Et puis il y a toujours autre chose de toute façon à faire, même si vous voulez rester là-dessous, vous ne pouvez pas parce qu'il y a autre chose qui arrive, il y a d'autres personnes qui rentrent (...)* C'est déjà dur par contre de se dire, il a deux ou trois heures, il y avait un malade et c'est vrai qu'on est aux urgences, c'est difficile pour les malades de dire, il y a un lit libre là-haut et qu'on nous met pas et on vous fait attendre aux urgences, donc souvent la même nuit on a quelqu'un d'autre et on passe ainsi d'un malade à un autre » (aide-soignante, CH). La rapidité avec laquelle les professionnels doivent s'adapter au rythme croissant est fortement appuyée dans les entretiens. L'intensification du travail montre les spécificités du milieu hospitalier et les artifices par lesquels les enquêtés doivent passer pour y faire face.

Si la question du rythme de travail est évoquée plutôt en termes d'augmentation parmi les enquêtés, il apparaît une incidence au niveau également de la gestion quotidienne du flux. Ainsi, il arrive assez fréquemment que les professionnels doivent passer une partie de leur activité à rechercher une place pour la personne accueillie. En effet, le remplissage de services est très variable et les professionnels se trouvent parfois dans les situations où ils doivent prospecter les services pour pouvoir « placer » le patient. Cette sollicitation peut se faire pour diverses raisons : des lits, du matériels, etc.. mais une telle démarche n'est pas tout le temps vécue comme normale et peut parfois agacer les services sollicités. L'arrivée d'un malade dans un service dont il ne relèverait pas *a priori* ne fait qu'accentuer le sentiment « d'incompétence » ou de mauvaise organisation voire provoquer chez le professionnel une sensation de dépassement : « *nous avons reçu un accidenté de la route. Il avait une fracture de l'hanche, une fracture de la clavicule, deux côtes cassées et une fracture du coude. De plus, il avait des problèmes cardiaques et enfin un traumatisme au nerf optique ayant provoqué sa rupture donc cécité. Qu'est-ce que vous voulez que l'on fasse dans notre service d'ophtalmologie à part de mettre de gouttes ? Nous n'avons pas les équipements pour manipuler une telle personne !* » (infirmière, CHU).

La division accrue du travail et son formalisme peuvent également accroître l'intensification du travail lorsque celle-ci ne permet pas de répondre aux exigences quotidiennes du travail. Une hiérarchie trop éloignée de l'activité réelle du travail et des professionnels qui considèrent que la préoccupation majeure des cadres infirmiers est de type managériale ou administrative plutôt que de soin. Cette image de l'encadrement se trouve renforcée lorsque certains professionnels ne comprennent pas les réponses négatives pour les demandes de formation continue. L'introduction des entretiens d'évaluation est également perçue comme une démarche déconnectée de la réalité car faite par un personnel d'encadrement totalement absent du service notamment la nuit. L'ensemble de ces éléments dépeint un tableau général plutôt sombre mais dont les effets, avec l'introduction de l'accréditation, peuvent être exacerbés.

C'est la raison pour laquelle, les professionnels tiendront un discours soulignant la capacité d'endurance et de résistance des professionnels de santé face à telles conditions.

II. De la qualité des pratiques aux représentations

Avant de présenter nos principaux résultats, il nous est paraît intéressant d'exposer les représentations sociales qui se dégagent de l'analyse du discours de nos interviewés. En effet, la question des représentations sociales des démarches qualité a fait l'objet déjà de nombreux travaux tant dans le domaine industriel que sanitaire. Ces travaux mettent en exergue les liens existants entre la fonction occupée et l'idée que l'on peut se faire d'une politique de qualité. L'existence d'une vision indigène de la qualité intervient dans l'analyse et l'explication de la mise en place des démarches qualité¹⁶⁴. La notion de représentation sociale est assez opérationnelle dans la mesure où celle-ci permet d'attirer l'attention sur les capacités interprétatives auxquelles peuvent se livrer les acteurs sociaux. Cette capacité dévoile un système socio-cognitif en activité et sa corrélation avec un environnement. Dans un premier temps nous allons définir ce que nous entendrons par représentation sociale et dans un second temps nous exposerons les différentes visions de la qualité développées par les professionnels des établissements de santé.

1. La notion de représentation sociale

Il s'agit d'une notion majeure dans les sciences sociales. C'est E. DURKHEIM qui le premier a inauguré les études sur les représentations sociales (même si chez MARX on trouve déjà une réflexion). Le fondateur de la sociologie française associait à cette expression la notion de conscience collective « produite par les actions et réactions échangées entre les consciences élémentaires dont est faite une société »¹⁶⁵. L'idée qui sera développée ultérieurement est que la représentation sociale est une façon d'organiser la connaissance de la vie sociale. Cette construction de notre environnement se traduit par l'introduction du sens et de la signification que les acteurs confèrent à la situation¹⁶⁶.

Ainsi nous pouvons résumer la notion de représentation sociale comme « un processus d'élaboration perceptive et mentale de la réalité qui transforme les objets sociaux (personnes, contextes, situations), en catégories symboliques (valeurs, croyances idéologies) et leur confère un statut cognitif permettant d'appréhender les aspects de la vie ordinaire »¹⁶⁷. La représentation sociale comme processus permet de souligner le caractère acquis et évolutif du phénomène. Il s'agit aussi d'une activité mentale et relationnelle dans la mesure où elle est partagée par les acteurs sociaux et qu'elle met en jeu des catégories mentales pour s'approprier et comprendre l'environnement, ici, de travail. Aussi la représentation apparaît comme un mode de connaissance et pas simplement comme un système permettant d'orienter les conduites des acteurs sociaux. Ce dernier point est important pour notre travail car les

¹⁶⁴ E. BONNET (1996) *Op. Cit.*

¹⁶⁵ E. DURKHEIM (1898), « Représentations individuelles et représentations collectives », *Revue de métaphysique et de morale*, VI, 273-302.

¹⁶⁶ On retrouve cette idée chez J. PIAGET pour qui il s'agit « soit d'une évocation des objets en leur absence, soit lorsqu'elle double la perception en leur présence, de compléter les connaissances perceptives en se référant à d'autres objets, non actuellement perçus. Si la représentation prolonge en un sens la perception, elle introduit un élément nouveau qui lui est irréductible : un système de significations comprenant une différenciation entre le signifiant et le signifié ». De cette première définition nous allons retenir l'aspect mental qui comporte toute l'action de la représentation sociale. Autrement dit pour PIAGET dans l'activité de la représentation, il existe une phase importante d'activité mentale qui transforme un objet perçu dans un processus assez complexe un objet signifiant pour l'individu. Jean PIAGET (1926), *La représentation du monde chez l'enfant*, Paris, Ed. Puf.

¹⁶⁷ N.G. FISCHER, (1987), *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, Paris, Ed. Dunod, p. 118.

extraits d'entretiens que nous allons présenter, sur les *visions indigènes* de la qualité, résultent d'un système de connaissance de la qualité telle qu'elle est définie et perçue par les acteurs sur le terrain. Autrement dit, si nous voulons comprendre et cerner les incidences de l'introduction des démarches liées à l'accréditation encore faut-il pouvoir délimiter les contours de ce que les acteurs considèrent comme étant un travail de qualité ou un soin de qualité.

2. La qualité : une vision indigène profondément ancrée dans l'activité de travail

Les résultats de l'exploitation des entretiens menés auprès des professionnels de soins nous montrent que ces derniers ne possèdent pas une vision totalement abstraite de la qualité. Les discours que les professionnels de soins peuvent tenir sur la qualité ne peuvent se comprendre qu'en se référant à l'activité de travail hospitalière. Or, l'activité à l'hôpital a la particularité, nous semble-t-il, d'entrer dans les activités dites des services. Celle-ci, implique un engagement fort de la part du professionnel car la « matière » ou support de son activité est pour l'essentiel autrui. Cette spécificité fait que le professionnel renvoie l'enquêteur vers le contexte précis de la *relation des soins* pour expliciter sa vision de la qualité au travail. Or, une telle activité exige également un travail sur soi pour éviter les amalgames entre les sentiments éprouvés et l'activité de travail à effectuer. Par ailleurs, nous verrons que la qualité est une valeur qui semble aller de soi, il s'agit d'une valeur presque immanente à l'activité de soignant. Toutefois, les représentations sociales que nous pouvons dégager mettent en avant certaines dimensions plutôt que d'autres.

2-1. La qualité comme réalité technique et professionnelle

Dans les discours des professionnels, il apparaît une perception de l'activité de travail de qualité comme résultant de la maîtrise des actes techniques. Faire de la qualité apparaît ainsi comme le résultat des actes techniques totalement maîtrisés et intériorisés. Cette représentation illustre également l'une des dimensions du fondement de l'identité infirmière.

Réaliser un travail de qualité consiste à agir en professionnel « *Moi, je n'aime pas quand on ne travaille pas de façon professionnelle, que ce soit une caissière, que ce soit un plombier ou que ce soit une infirmière. Il ne faut pas être là en dilettante, en s'amusant, en rigolant, on peut des fois, mais pas n'importe quand* ». (infirmière, clinique privée). Faire son travail à l'hôpital implique une attitude rigoureuse que la maîtrise des actes techniques illustre largement. L'activité de soins exige une certaine implication et éthique dans la relation des soins. C'est une certaine « conscience professionnelle » qui transparait dans les propos des professionnels. Pour ce faire, les professionnels vont mettre en place une série de critères leur permettant d'évaluer le travail effectué. Aussi peuvent-ils savoir si le travail accompli est de qualité.

L'efficacité du soin est ainsi mesurée à partir de critères parmi lesquels les aspects techniques et matériels sont les plus visibles. « *L'efficacité du soin, moi, je dis qu'un soin est efficace et de qualité lorsqu'il est efficace. Si vous avez un pansement qui ne tient pas, ce n'est pas efficace, ce n'est pas de la qualité* » (infirmière, clinique privée). Ainsi la qualité du travail accompli résulte de la possibilité de pouvoir mesurer le soin de la manière la plus concrète possible. Tous les sens sont mobilisés pour évaluer l'efficacité et la qualité du

travail : toucher, voir, sentir, etc. Les professionnels de santé peuvent saisir les résultats de leur travail en examinant de manière minutieuse les patients car une erreur dans l'acte technique non seulement peut entraîner des douleurs mais surtout, des conséquences immédiatement visibles : « *En chimiothérapie vous ne pouvez pas vous permettre de passer à côté, de piquer à côté, vous allez nécroser tous les tissus. Donc si vous voulez il y a une rigueur* » (infirmière, clinique privée). Cette rigueur se caractérise par la maîtrise de l'acte technique signe évident de la qualité du professionnel. Plus encore la maîtrise technique permet d'atteindre les résultats visés (centrés sur l'amélioration de l'état du malade) : un soin de qualité est un soin qui produit les effets escomptés. La notion de qualité et celle d'efficacité sont fortement associées.

On fait de la qualité car on maîtrise la technique apprise et acquise durant les années de formation et de pratique professionnelle. Toutefois, une telle représentation de la qualité de travail est à relier à la possibilité d'effectuer une évaluation de l'activité. En effet, les professionnels de santé peuvent ainsi plus facilement mesurer le travail accompli et l'efficacité du geste ou de l'action accomplie. Les critères d'évaluation de la qualité sont ainsi palpables par les professionnels de santé. « *C'est chirurgical, donc on voit très vite les résultats au niveau des pansements, on voit très vite les résultats. Parce que l'on n'a pas mal de drains donc on voit si le pansement tient, s'il y a des fuites. Il y a le confort du patient* » (infirmière, clinique privée). Les indicateurs mis en place par les professionnels permettent également d'assurer une certaine cohérence dans le suivi du travail et notamment la continuité des soins. Dans cette perspective les réactions des patients, des familles ou le jugement des collègues comptent ou interviennent dans l'évaluation ou la définition du travail considéré comme de qualité. Les professionnels de santé vont analyser l'ensemble du processus de l'activité de travail pour pouvoir apprécier la pertinence et la qualité du travail effectué : « *Ben écoutez, se faire piquer ici au niveau de la poitrine, c'est pas évident. Donc ils mettent ça (elle montre un produit) deux heures chez eux avant, ils arrivent, on les pique, ils ne sentent rien. Et autrement les douleurs qui sont dues à leur maladie et bien c'est les médecins qui prescrivent. Et c'est pareil, il nous arrive à nous aussi, bien de voir que les médicaments, le dosage n'est plus suffisant, qu'ils les prennent mal, qu'ils ne savent pas le gérer, donc il faut voir tout ça aussi. Le jeune monsieur de 40 ans, on lui avait donc mis des patchs, je ne sais pas si vous connaissez, des patchs, ce sont des patchs qu'on laisse trois jours, et ben, il s'est dit qu'au bout de trois jours, il n'avait plus mal, donc il n'en remet pas un autre. Et pourquoi pas hein, c'est pareil quand on a mal à la tête, quand on n'a plus mal à la tête, on ne prend plus de daffalgan ou d'effergal. Et bien lui il gérait ça, un peu comme ça, quand j'aurai mal de nouveau, j'en remettrai un nouveau* » (infirmière, clinique privée).

Les sentiments éprouvés par le patient peuvent entrer en ligne de compte pour rendre compte des actions et des gestes effectués. Aussi l'évolution du patient est observée et permet aux professionnels d'avoir des repères sur la qualité du travail réalisé, repères d'autant plus importants que le patient se rétablit : « *Oh ben oui parce qu'on voit quand même les gens, comme les amputés, ils récupèrent quand même aussi, donc ça nous fait quand même plaisir que les gens récupèrent, qu'ils arrivent, au début ils n'arrivent pas à manger, ils arrivent pas à s'habiller, et puis au fil des semaines et des mois, ils progressent par rapport à la rééducation, c'est sûr, et puis on a beaucoup de contacts avec les patients là quand même* » (aide-soignante, clinique privée).

L'ensemble du processus de l'activité infirmière est ici exposé en permanence et se caractérise par un va et vient entre le patient, le respect de sa liberté et de ce qu'il peut éprouver et les prescriptions pour éviter les douleurs. Faire une piqûre n'est pas un acte banal et il comporte des gestes techniques et des critères de qualité précis. Ces dimensions vont se retrouver lorsque les professionnels de santé vont transmettre leur savoir aux nouveaux venus dans l'équipe ? : « *Qu'est-ce que vous essayez de transmettre ? Ben, là c'est surtout technique. Ben aspirer un malade, si elle ne sait pas aspirer un malade, chez nous, ça c'est un geste qu'il faut savoir faire, si nous on est occupé ailleurs, si le malade, il étouffe, il faut qu'elle aille l'aspirer, c'est vraiment important* » (infirmier, CHU, Service brûlés).

2-2. La qualité une idée partagée entre les générations ?

Lors de notre analyse des entretiens il est apparu de manière assez récurrente un discours très contrasté tenu par les infirmières et aides-soignantes rencontrées à propos des élèves ou des nouveaux jeunes professionnels de santé. En effet, les professionnels de santé rencontrés reprochent à leurs cadets d'être moins bien formés et surtout d'être très investis dans les techniques pures et peu du côté du relationnel. Cette séparation rappelle un travail de Dominique MONJARDET effectué à partir du discours des agents de police¹⁶⁸. Pour cet auteur, il existe deux modes ou deux références désignant deux groupes de policiers. Le premier défend l'idée qu'un bon agent de police est celui qui fonde son travail sur des connaissances formalisées – logique de la qualification – et le second groupe estime que le bon agent de police se caractérise au contraire par une acquisition progressive des rudiments assimilés durant la pratique du métier – logique de la compétence. De ces deux manières d'envisager le métier se dégagent deux manières d'aborder l'action policière. De même dans les entretiens récoltés, on observe cette dichotomie entre les professionnels de santé et les élèves ou les remplaçants.

En réalité les professionnels de santé imposent une certaine manière de fonctionner montrant qu'il existe dans chaque service « une vision du monde » ou une manière de s'organiser et de faire son travail. C'est la raison pour laquelle les professionnels de santé vont souligner tout d'abord les déférences auxquelles les élèves notamment doivent se plier : « *Oui, des fois nous avons des élèves infirmières qui arrivent, donc elles sont de nuit, en général c'est moi qui les encadre. Mais il faut qu'elles soient réceptives, si elles ne sont pas réceptives, j'encadre plus* » (infirmier, CHU, service brûlés)¹⁶⁹. Les exigences élaborées par les professionnels de santé, si elles visent à une certaine maîtrise de l'action, sont marquées d'autant plus fortement que celles-ci traduisent une différence importante dans la manière de considérer la qualité. Ainsi les reproches faits aux nouvelles tournent autour de la trop forte propension à effectuer ou à se cantonner dans des gestes techniques en oubliant ou sous-estimant les gestes plus relationnels. La technique est définie comme plus froide et moins attentive à la situation des patients. Les professionnels de santé vont souligner la nouvelle culture que ces infirmières peuvent avoir « *porteuses d'une culture de la traçabilité* » et sous-estimant les acquis de l'expérience du poste qui sont aussi précieux : « *moi je dis que c'est un*

¹⁶⁸ D. MONJARDET (1987), « Compétence et qualification comme principes d'analyse de l'action policière », *Sociologie du travail* n°1, pp. 47-58.

¹⁶⁹ Des tels constats rappellent les travaux classiques de F. DAVIS sur l'acquisition de l'identité professionnelle infirmière. Il y a un processus de socialisation à l'œuvre qui passe par ces étapes de confrontation et remise en cause. Fred DAVIS (1968), "The professional socialization as subjective experience : the process of doctrinal conversion among student nurses" in H BECKER, B GEER, D. RIESMAN, R. WEISS, *Institutions and the person : essays in honor of Everett Huges*, Chicago, Ed. Free Press, pp. 235-251.

métier que l'on peut pas faire si l'on n'aime pas, parce que c'est quand même des humains, c'est pas des machines qu'on a en face de nous » (aide-soignante, maison de retraite). Or, les stagiaires présentent souvent des attitudes qui leur paraissent déplacées ou choquantes car elles se limitent uniquement à l'acte technique. Ce genre d'observation conduit les professionnels à s'interroger sur la formation et l'avenir de la pratique « *je ne sais pas comment on sera soigné dans les années à venir* » (aide-soignante, maison de retraite).

Les raisons invoquées par les professionnels de santé expérimentés sur les stagiaires et les jeunes professionnels sont variées et dénotent d'une certaine éthique professionnelle liée à une vision de la qualité du travail à fournir. Manque de motivation, trop de technicité, défaillance de la formation, sont autant d'arguments évoqués pour appuyer leurs remarques : « *Oui qu'au niveau de la jeunesse, ce n'est pas du tout ce qu'il y avait dans le temps, les gens étaient quand même beaucoup plus motivés que maintenant* » (aide-soignante, clinique privée).

Les professionnels de santé recherchent des explications à ce qu'ils considèrent comme une baisse de la qualité du travail produit. Deux arguments ressortent des explications qu'ils peuvent donner sur leurs collègues moins expérimentés : la diminution de la motivation et le manque de personnel. « *Les jeunes infirmières, il y en a des très bien, c'est comme toute chose, mais je trouve que depuis quelques années, comment vous expliquez ça, sans critiquer plus qu'il n'en faut, quand vous commencez un travail, en général vous le commencez, vous vous donnez à fond, et après il y a un certain laisser aller, mais elles, on a l'impression qu'une fois qu'elles ont fini l'école, elles n'ont plus cette envie de faire les choses, on a l'impression qu'il y a laisser aller* » (aide-soignante, CHU). « *Je pense que c'est vraiment un manque de personnel, manque de personnel et puis aussi, je ne sais pas si, dans les autres hôpitaux, c'est comme ça, mais nous, je ne suis pas le seul à le partager, parce que, avant cet entretien, j'en ai discuté avec mes collègues de nuit pour savoir aussi comment ils vivaient les choses, on trouve qu'il y a une baisse de la qualité des nouvelles infirmières parce qu'il en manque beaucoup et à notre avis, ils baissent le niveau d'étude. Le niveau de la formation, c'est toujours le même, mais on pense que, dans les écoles, le niveau d'étude baisse. Pour avoir plus d'infirmière, soit le gouvernement nous paie plus cher pour rendre la profession plus attractive financièrement, ils n'ont pas les moyens de le faire, ou ils ne veulent pas le faire, soit ils baissent le niveau d'étude et c'est ce qu'ils sont en train de faire* » (infirmier, CHU, service brûlés).

2-3. La qualité dépend de la relation avec le malade

Plus nombreux sont les propos qu'expriment les professionnels de santé au sujet de la relation avec le malade. Il s'agit là d'un critère extrêmement important à leurs yeux et justifiant largement le travail accompli et les efforts entamés. C'est un discours partagé par la plupart de nos enquêtés également et que l'on trouve sous différentes formes. Si la qualité du travail peut se mesurer de manière visuelle et concrète, elle peut également se mesurer à l'épaisseur de la relation de soins.

Avoir une relation de soin implique une certaine manière d'approcher le malade pour réaliser l'acte technique. Ce dernier n'aura d'efficacité que si ce qui entoure le geste est effectué convenablement : « *pas seulement arriver et mettre le truc, on branche* » (infirmier, immunologie, AP-HP). On pourrait dire aussi que la maîtrise technique constitue une sorte de

support pour la relation soignant-soigné. Les deux dimensions sont liées en fait : pas d'efficacité technique sans relationnel, pas de relationnel sans maîtrise technique. L'approche du malade exige de la minutie, du temps, de l'écoute et de la rigueur dans les gestes. Or, ces actes ne peuvent être accomplis que dans la mesure où l'on intègre bien l'idée suivant laquelle la relation avec le malade résulte d'autre chose que le simple acte technique. Faire un soin exige le respect d'une progression : *« Moi, je trouve que quand quelqu'un fait un soin, quel que soit le soin, la personne essaie de faire de façon la plus méthodiquement possible, de la façon la plus douce possible (...) Dire il faut un soin de qualité, je ne vois pas en quoi ça peut changer, parce que chaque personne a sa façon de travailler »* (aide-soignante, médecine CHU). La qualité du travail dans le cadre de la relation de soins se caractérise par cette part incompressible de l'activité de travail qui semble échapper à toute mesure. Si les politiques de mise en place de la qualité se présentent comme une manière de faire la qualité celle-ci ne peut être que limitée : *« Oui, c'est ça, la qualité au niveau de l'hygiène, parce que la qualité au niveau des soins, du soin à faire, je ne vois pas ce qui pourrait être changé, bon, après, ils peuvent trouver de nouveaux systèmes, ça oui, mais un soin de qualité, normalement tout soin doit être de qualité »* (aide-soignante, médecine, CHU). Ainsi la qualité semble inhérente au travail c'est la raison pour laquelle la qualité ne se décrète pas, ne se programme pas pour les soignants. La qualité va de soi et chacun pense faire la qualité. C'est l'essence même des soins : une aide-soignante (CH, urgences) *« au niveau qualité de soins, nous on s'en préoccupe plus en étant petit personnel, pour essayer de faire notre boulot correctement »*.

Un autre critère avancé par les professionnels de santé pour définir une relation de soins de qualité est le temps. Celui-ci découle de la première idée concernant l'acte de soin comme un acte comportant certes des aspects techniques mais mobilisant également un degré de confiance et d'empathie élevé pour pouvoir réaliser son travail. Mais la question du temps implique également d'autres éléments qui complètent l'activité de travail : *« Au niveau du patient, un soin de qualité, c'est déjà avoir le temps de le faire. Avoir les consignes avant, ne pas courir après les consignes »* (infirmière, soins intensifs clinique mutualiste).

Mais l'acte de soin requiert de par sa technicité du temps et il demande aux professionnels de faire attention à l'objet final de la relation à savoir le patient. Il ne s'agit pas de manipuler un objet matériel comparable à un autre objet mais de prodiguer un soin : *« Ben disons qu'un soin de qualité c'est prendre quand même son temps pour faire une toilette à un patient, l'habiller et tout ce qu'il faut pour un patient, ce n'est pas le faire à la va vite, on fait la toilette vite fait et puis hein, moi je dis c'est un objet le patient, en ce moment pour certaines personnes, c'est un objet, même pas prendre le temps de l'écouter, de quoi que ce soit, moi je trouve que c'est vraiment, moi c'est ça qui me fait peur »* (Aide-soignante, service rééducation adulte clinique mutualiste).

Cependant, pour pouvoir maîtriser l'ensemble de cette séquence de travail dans la relation de soin et le travail de qualité qui peut en découler, il convient d'être capable de maîtriser le travail du médecin. Pour ce faire d'autres éléments peuvent entrer en ligne de compte : *« Quand vous dites consignes c'est consignes médicales ? Médicales oui. Des fois, on va faire un pansement, le chirurgien va arriver et il va dire, ben tiens, ce serait peut-être bien d'enlever le drain, donc on est obligé de refaire. Savoir complètement travailler en binôme, faire toilette, pansement en même temps, on essaie. C'est, bon le matériel, on l'a donc, c'est faire face à la douleur. La douleur en général c'est très bien géré. C'est ne pas remonter les gens en catastrophe, parce que parfois, on a besoin de place, on va transférer quelqu'un sans*

qu'il soit prévenu comme ça pour faire un lit, donc ça, ça affole pas mal les gens. Travailler en binôme, avoir le temps et le matériel et anticiper avec les médecins les soins » (infirmière, service soins intensifs, clinique mutualiste).

La question de la relation avec le patient exige de maîtriser un certain nombre de paramètres qui entrent dans l'action. La séquence de travail peut se trouver perturbée par des facteurs extérieurs mais le fait de pouvoir disposer d'un binôme, d'avoir le temps et de pouvoir anticiper le travail des médecins permet de dégager le temps nécessaire pour produire un soin de qualité. L'anticipation étant une pratique progressivement acquise par les professionnels de santé et qui commence par l'observation de la manière dont les médecins pratiquent la médecine. Connaître leurs habitudes, les protocoles qu'ils appliquent, les gestes qu'ils effectuent et dans quel ordre, notamment en bloc opératoire, etc. sont autant d'éléments qui permettent aux personnels soignants d'anticiper et de préparer le travail à effectuer.

La qualité du travail dépend également des échanges que les professionnels entretiennent avec les patients. Ces échanges peuvent être de nature à compléter le savoir acquis ou à le remettre en cause. Nous ne sommes pas très loin de l'ordre négocié décrit par A. STRAUSS qui caractérise le travail à l'hôpital. À cet ordre participe le patient comme le professionnel de santé pour aboutir à un même objectif (le soin), quand bien même la situation du patient peut paraître difficile et insupportable : *« C'est un métier où on en apprend tous les jours, aussi bien en technique qu'en relationnel et je trouve que les patients, les gens hospitalisés vous apportent énormément de choses notamment, alors je ne sais pas pourquoi j'apprécie, c'est terrible ce que je vais dire mais je le pense, j'apprécie vraiment la relation que je peux avoir avec les gens qui sont en fin de vie. Alors vraiment les gens vous apportent, alors nous évidemment, je pense qu'on leur apporte beaucoup mais ils nous apportent aussi beaucoup, je trouve qu'en termes de vie, de voir les choses et c'est un échange et je crois qu'on tient là-dessus, parce que c'est un échange parce que si à mon avis il n'y avait que le personnel qui donnait aux patients, quand ça fonctionne comme ça, ça dysfonctionne, déjà le patient ne s'y retrouve pas et le paramédical non plus. Donc je pense que c'est un métier formidable pour ça, dans la relation, dans ce que les gens nous apportent. Le problème est les conditions dans lesquelles on le fait, ça résumera les deux heures qu'on a passé, métier formidable, conditions anormales de travail » (infirmière, médecine générale CHU).*

L'objectivation des conditions de travail passe ici par une différenciation introduite entre la qualité des relations instaurées par les professionnels de santé avec les patients pour coopérer et les conditions organisationnelles dans lesquelles se déroulent ces relations qui peuvent être de nature à arrêter, empêcher voire détruire la relation construite. En effet, la production de soins implique un certain engagement de la part du professionnel pour permettre le travail à réaliser. Dans cette perspective, la qualité apparaît dans les relations de soins comme un nécessaire don de soi : *« La qualité, c'est d'abord ce qu'on peut apporter aux personnes qu'on accueille. Donc à tout point de vue, je dirais au point de vue de la vision qu'on peut leur donner en tant que personne, et puis tout ce qu'on peut leur apporter en tant que soins. Je trouve que c'est important qu'on puisse leur apporter des choses, je dirais autres que médicales, je dirais plus humaines. On a la chance, parce que moi je pense que c'est une chance d'être un petit service, c'est une petite unité, donc je crois qu'on doit peut-être pouvoir être plus ouvert aux demandes des gens, et c'est vrai que certaines collègues, ça m'arrive des fois de par la fatigue, on n'a pas envie de répondre aux attentes des gens » (aide-soignante, service long séjour/médecine, clinique privée).*

La qualité du soin pour les personnels paramédicaux s'inscrit largement dans la relation avec le patient. De la qualité de cette relation dépend l'acte de travail. Toutefois, les professionnels de santé considèrent que cette qualité existe d'autant plus qu'elle est reconnue par les patients et les autres membres de l'équipe.

2-4. La qualité comme reconnaissance

Une dernière forme que nous avons réussi à dégager des discours tenus par les professionnels soignants concerne le lien élaboré entre l'implication dans le travail et la reconnaissance par autrui de cette implication. Autrement dit, il s'agit de trouver auprès des personnes participant à la situation de travail la reconnaissance du travail accompli. Cette recherche est faite à l'instar d'un critère ou élément permettant de mesurer *objectivement* la qualité du travail.

C'est un point clef pour notre analyse car la question de la reconnaissance par autrui de l'existence d'un travail de qualité est primordiale. En effet, l'implication des professionnels de santé passe par une évaluation mutuelle des actions entreprises pour mener à bien l'activité de travail. Dans ce processus, les relations entretenues avec les différents membres de l'équipe mais également avec les patients et les familles jouent un rôle majeur car c'est dans ces relations que la reconnaissance va se s'élaborer. Depuis les travaux de Georges Hebert MEAD, nous savons la place d'autrui est centrale dans le processus de construction sociale de l'identité. L'identité sociale ne peut se comprendre sans une référence à *l'autrui significatif* qui confirmera et fera écho à la recherche de signification des acteurs. Or, dans l'activité de travail cette recherche de la reconnaissance d'autrui pour évaluer la qualité de son activité est permanente. Cette dimension est d'autant plus forte que le travail à l'hôpital se caractérise par une relation de service fondée tournée vers autrui. L'autre donne du sens à l'action que l'on effectue et aux actes que l'on souhaite entreprendre.

Les professionnels discutent entre eux les remarques et les critiques éventuelles que les patients peuvent émettre à propos des soins dispensés : « *Ben on essaie, bon on en tient compte pas tellement, parce qu'on est obligé de respecter quand même notre rythme de travail. Mais au niveau salle on essaie quand même de respecter, quand quelqu'un dessert trop vite, on lui dit mais il faut les laisser le temps de manger, donc à ce moment-là, on essaie de ralentir quand même. Quand on nous dit telle personne se plaint de telle personne parce qu'elle dessert trop vite, bon après on lui dit arrête de desservir trop vite parce qu'il y a certains patients qui se plaignent, ils n'ont pas le temps de manger. Mais bon, on essaie quand même de régler les problèmes entre nous* » (aide-soignante, service rééducation adulte, clinique mutualiste).

Le groupe exercera une contrainte sur ses membres afin de mieux intégrer les avis extérieurs. Si le rythme de travail impose une certaine cadence à la desserte, il ne se traduit pas forcément par une totale surdité ou cécité sur les effets d'un tel rythme. Les professionnels de santé sont attentifs et tentent de résoudre ces problèmes puisqu'il en va de la qualité de leur prestation.

Il en va de même lorsqu'il s'agit de connaître les effets des soins prodigués. Il arrive que les professionnels de santé tentent de se renseigner sur les suites ou la situation d'un patient.

Cette démarche correspond à une réelle nécessité de trouver dans les informations fournies lors des consultations un retour de l'investissement effectué. « **Vous avez quand même un suivi comme ça ?** Ah oui sur un an, on sait parce qu'ils viennent en consultation dans notre service, il y a des consultations, lundi, mercredi, jeudi et vendredi, et c'est les anciens patients qui viennent en consultation, donc on leur demande des nouvelles, les consultations ça tourne, c'est pas toujours la même, mais aux transmissions, on leur demande des nouvelles. Nous quand on regarde le cahier de consultation, on regarde qui vient. **Vous vous préoccupez de ça quoi ?** Oui, **Vous avez besoin de ça, vous avez besoin d'avoir un...** Oui, on leur demande comment ils vont » (infirmier, CHU, service brûlés). Cette recherche est d'autant plus importante que les situations vécues par les patients sont fortes. Les dimensions affectives occupent une place prépondérante dans ces échanges. Un certain nombre de travaux menés sur la reconnaissance nécessaire à l'exercice de l'activité professionnelle soulignent que la souffrance au travail ou le stress seraient le résultat d'un déséquilibre entre l'effort fourni et la rétribution obtenue par les professionnels. Le professionnel apporte ou fait un investissement durant son activité et en retour il attend une gratification. S'il perçoit un manque de réciprocité dans les échanges sociaux, il va ressentir cette situation comme porteuse de souffrance¹⁷⁰ d'où cette recherche d'information pour connaître la situation dans laquelle les patients se trouvent.

Toutefois, si reconnaissance il doit y avoir pour les professionnels de santé celle-ci ne doit pas se confondre avec un quelconque apitoiement ou une quelconque compassion. La situation est plus complexe et imbriquée. Si parmi les critères de qualité, la reconnaissance d'autrui est un élément important pour évaluer le travail réalisé, celle-ci n'implique pas automatiquement une dépendance totale à cet acquiescement : « *C'est pas dit. Je ne sais pas si vous avez déjà entendu des infirmières ou du personnel paramédical dire ça, manque de reconnaissance de qui et de quoi. Après il faut finir sa phrase. Est-ce que les patients doivent avoir de la reconnaissance pour nous, pour le personnel ? Moi, je ne pense pas. Est-ce que dans un autre métier, on va employer le mot-là ? Est-ce que quand on appelle un professionnel d'un autre métier en dehors de l'hôpital, est-ce que vous allez avoir de la reconnaissance pour votre plombier qui est venu réparer votre évier ? Je vais aller très loin mais c'est vraiment ma pensée, non, c'est un professionnel, il a fait son travail. Moi, j'entends être une professionnelle de santé, j'ai fait des formations tout au long, je ne vous en ai pas parlé, je ne sais pas si ça vous intéresse, tout au long de ces 29 ans, heureusement j'ai fait plein de formations et je m'estime être une professionnelle et je me dis les patients, ils viennent, on est là, on fait notre travail de professionnel et j'entends que tout ce qui est relationnel c'est aussi ma profession, c'est dans mes actes professionnels, bon, donc c'est pas aux patients d'avoir la reconnaissance qui est un mot que je n'aime pas du tout. Moi, ce que j'attends c'est que mes supérieurs, avoir une reconnaissance, je sais pas, les cadres, les surveillantes, non, j'attends pas d'avoir une reconnaissance, j'attends pas qu'elles me disent oh là qu'est-ce que tu travailles bien, non, je veux simplement qu'on reconnaisse mes compétences, mais bon j'ai pas besoin qu'on me le dise tous les jours. Les médecins, la reconnaissance, j'attends pas de reconnaissance de leur part, j'attends de faire partie d'une équipe, d'avoir mes sentiments à leur donner sur un patient, ce que je ressens moi, qu'ils m'écoutent, qu'ils comprennent enfin que le patient et ben, il a un discours différent envers le*

¹⁷⁰ Voir les travaux de A.B. BAKKER et J. SIEGRIST (2000), "Effort-rewards imbalance and burn out among nurses", *Journal of advanced nursing*, n° 31, pp. 884-891. W.B. SCHAUFELI, A BAKKER et C. SCHAAP (2001), "On the clinical validity of the Maslach Burn out Inventory and the burn out measure", *Psychology & health*, Vol. 16, pp. 565-582.

médecin, qu'il a un discours différent envers l'infirmière, qu'il ne me dit pas les mêmes choses, et que s'il ne me dit pas les mêmes choses, que le médecin ne mette pas en doute ce que je lui dis, mais qu'il entende que forcément les gens n'ont pas le même discours vis-à-vis de tout le monde à l'hôpital. Alors c'est pas de la reconnaissance, c'est faire partie d'une équipe, se dire que le patient est au milieu, qu'il a à faire tout au long de la journée à des professionnels différents, à des compétences différentes et qu'il ne va pas avoir le même discours et la même affinité avec tout le monde et que forcément si on a des réunions comme vous parliez tout à l'heure et qu'on met tout ça en commun, là, je vais sentir que je fais partie d'une équipe, que j'ai des choses à apporter, que je n'ai pas de décisions à prendre, on n'a pas de pouvoir décisionnel, nous le paramédical. Quand je vais dire infirmière, entendez aussi que je dis aide-soignante, le kiné, la diététicienne, d'accord ? Bien souvent je dis infirmière, mais il y a tout le paramédical qui gravite autour du patient et on pourrait imaginer qu'on puisse avoir des réunions et que chacun amène ce que le patient lui a dit, ou le sentiment qu'il a sur lui, que le médecin écoute et qu'à ce moment-là, je fasse partie d'une équipe, alors-là c'est niet, ça n'existe pas. Parce que le patient, il a, le médecin c'est encore une personnalité supérieure, je vais dire » (infirmière, service médecine, CHU).

La question de la reconnaissance occulte une autre question plus importante qui joue un rôle central dans la qualité du travail fourni à savoir l'intégration dans une équipe paramédicale. L'activité hospitalière se caractérise par l'intervention de divers professionnels à différents stades de la prise en charge du malade. La question de la reconnaissance des compétences passe par l'intégration dans une équipe de travail. Cette intégration doit permettre d'avoir une réelle autonomie décisionnelle dans la mesure où le professionnel sera reconnu par ce qu'il peut apporter à l'activité globale hospitalière. Or, trop souvent pour les professionnels de santé, il existe une hiérarchie aux yeux des patients entre les professionnels de santé, – le médecin, l'infirmière, l'aide-soignante – ne sont pas considérés de la même manière. Tout se passe comme si la reconnaissance des compétences et la qualité du travail qui en découle dépendait du degré de la valeur sociale du professionnel. De ce point de vue, nous constatons que le contexte organisationnel peut avoir une incidence importante dans la signification que les professionnels vont accorder à leur activité. Si la reconnaissance peut être assimilée à une lutte quotidienne dans les relations sociales permettant d'asseoir l'identité sociale et donner un sens à l'action, elle ne peut se réduire au simple aspect interpersonnel¹⁷¹.

Le schéma ci-dessous synthétise les discours des professionnels à propos de la qualité du travail où l'on trouve les dimensions techniques et relationnelles mises en avant. Ainsi la qualité résulterait d'un dosage très savant entre l'approche « technique » et l'approche « relationnelle ». Derrière cette articulation, apparaît la question de la reconnaissance du travail. Cette dernière a donné lieu à des mouvements de protestations importants qui renvoient à la définition de la place des professionnels paramédicaux dans l'activité hospitalière. Ce discours est d'autant plus saillant que la profession infirmière possède depuis 1978 une reconnaissance législative de son rôle propre¹⁷². Si les textes officiels définissent et donnent une autonomie aux professionnels, l'effet de ces textes ne lève pas l'ambiguïté de la place au sein de l'organisation hospitalière des infirmières ou des aides-soignantes. En effet, les professionnels rencontrés situent leur travail entre une activité en partie prescrite et une activité relevant de leur rôle propre (surtout les infirmières) qui implique une responsabilité

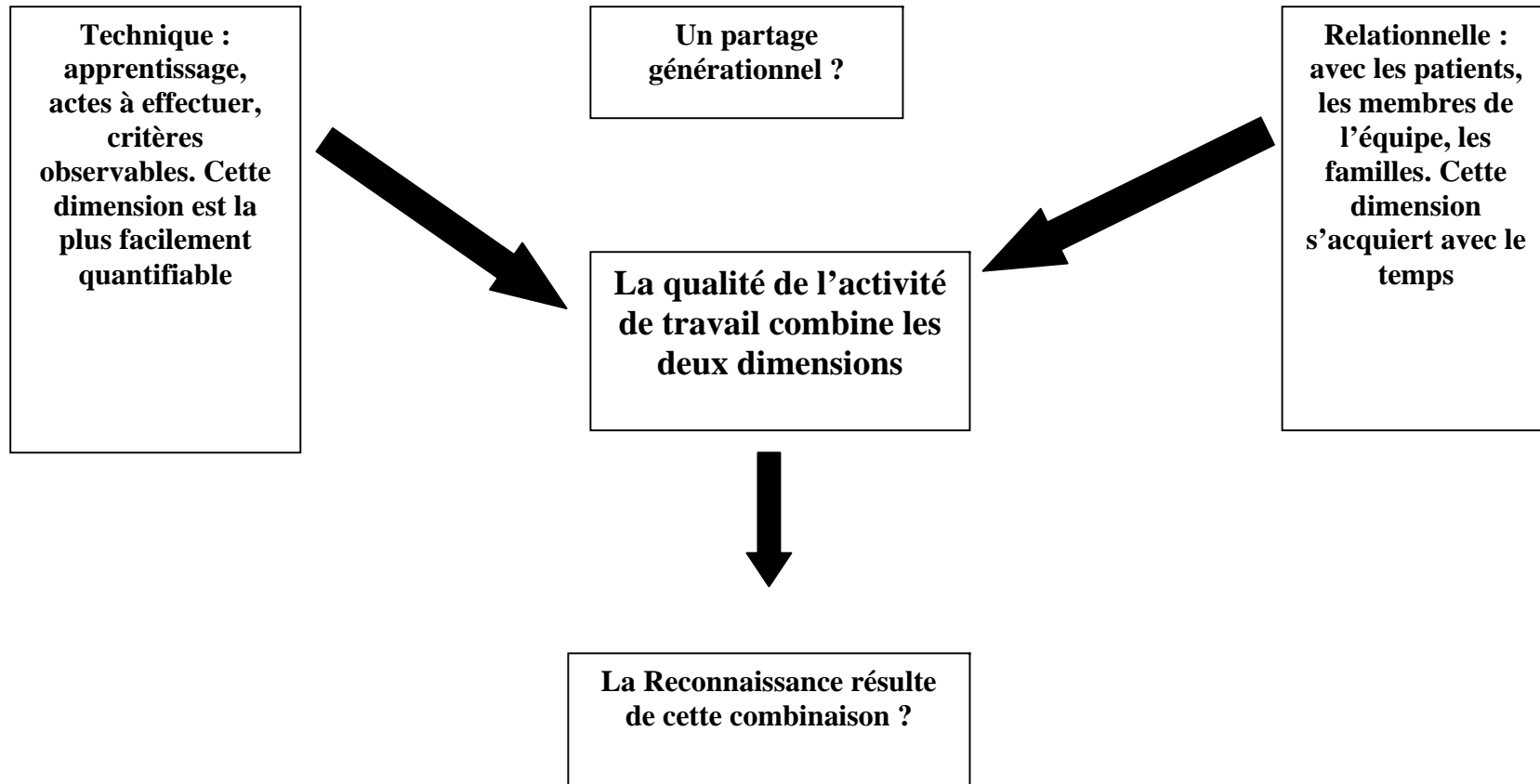
¹⁷¹ A. HONNETH (2000), *Op. Cit.*

¹⁷² À ce sujet voir F. ACKER (1997), « Sortir de l'invisible, le cas du travail infirmier », *Raisons pratiques*, n° 8, pp. 65-93.

des actes. Probablement, il conviendrait de tenir compte de la position intermédiaire de ces professionnels comme le rappelle Françoise ACKER « certaines infirmières en viennent à se demander si l'accent mis sur le rôle propre est vraiment pertinent pour rendre compte de la fonction, de la professionnalité de l'infirmière. Il risque en effet de faire oublier que les infirmières tirent aussi leur spécificité de leur fonction d'intermédiaire »¹⁷³. La qualité du travail se situerait dans ces interstices difficilement visibles et définissables. D'où vraisemblablement un discours sur la qualité combinant ces deux registres.

¹⁷³ F. ACKER (1991), « La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire », *Sciences sociales et santé*, n° 2, p. 136.

LA QUALITÉ DU TRAVAIL HOSPITALIER SELON LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ



3. La non-qualité comme première source d'un sentiment de souffrance ?

Nous venons de présenter quelques aspects de la représentation que les soignants se font d'un travail de qualité dans les établissements de santé. L'ensemble de ces points participe à la construction d'une activité jugée de qualité par les professionnels de santé. Certes, il s'agit d'une vision idéalisée mais fortement partagée par les professionnels car elle permet de donner un sens aux actions. Toutefois, la réalité de l'activité du travail est bien plus complexe que la dimension idéalisée pourrait le laisser supposer. Une telle représentation, si elle trouve son ancrage dans des pratiques et des valeurs bien précises, se heurte également aux conditions concrètes de travail. L'approche en psychodynamique du travail s'intéresse particulièrement à la confrontation entre une division du travail perçue comme contraignante car imposant une division des tâches, donc des contenus de l'activité de travail, n'ayant pas forcément un lien avec la réalité du travail elle-même et le sujet (acteur social) considéré comme un être ne pouvant pas développer librement son rapport subjectif à l'activité. Autrement dit, le travail se caractérise par sa dimension coercitive puisqu'il impose sa vision, son mode de coopération, ses canaux de communications, etc., à un individu qui va tenter de concilier son rapport subjectif avec cette réalité. À partir de cette perspective l'individu élabore les zones ou espaces lui permettant d'avoir la liberté d'action nécessaire à concilier les deux pôles de la réalité du travail : sa subjectivité et la division formelle du travail. Nous allons explorer progressivement le contenu de cette activité pour voir comment celle-ci peut être questionnée par les conditions de travail et provoquer par là un terrain favorable à l'expression d'une certaine souffrance au travail. En effet, la représentation sociale que nous avons dégagée répond à plusieurs impératifs. Elle donne une certaine unité identitaire au groupe d'appartenance. Les professionnels se reconnaissent dans ces représentations, ils peuvent évaluer les autres à partir des critères partagés par leurs membres. Elle donne en quelque sorte *la règle* à partir de laquelle collectivement les professionnels de santé vont évaluer la pertinence de leur activité.

Le travail réel exige de la part du sujet (professionnel de santé) une mobilisation, un investissement, en somme un engagement. Or, le travail réel peut provoquer chez le sujet un sentiment de souffrance car l'écart constaté entre l'idée qu'il se fait de son rôle ou de la qualité du travail à effectuer est plus grand ou difficile à réaliser. Dans ces circonstances, le groupe ou collectif de travail participe à la construction des stratégies permettant à ses membres de gérer ces situations. En effet, le groupe offre la possibilité à l'individu de trouver les références nécessaires à son action, les règles à respecter, les valeurs qui donnent du sens à son activité quotidienne, etc. La souffrance apparaît essentiellement lorsque l'écart non seulement ne peut être atténué mais également lorsque celui-ci ne fait pas l'objet d'une gestion par le groupe. Autrement dit, les liens sociaux au travail ont une fonction de régulation notamment à travers la définition des règles communes permettant aux professionnels d'avoir les éléments nécessaires pour affronter l'activité de travail réelle. Il ne s'agit pas simplement d'une règle de régulation au sens de Jean-Daniel REYNAUD¹⁷⁴ mais d'une règle que cristallise le rapport subjectif que l'individu peut avoir avec son activité. Justement la représentation sociale que nous avons dégagée de la qualité du travail hospitalier va se heurter à l'activité réelle du travail, celle qui n'est pas idéalisée provoquant par là des ajustements des liens sociaux. Cette situation d'épreuve de la qualité permet de cerner les premiers éléments ou manifestations d'un sentiment de souffrance.

¹⁷⁴ J-D. REYNAUD (1997), *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Paris, Ed. Armand Colin, 306 p.

Ne pas pouvoir atteindre la qualité visée peut être source de souffrance : « Ce que j'aimerais faire, je ne peux pas le faire. Ce que j'aimerais et qui est dans mon rôle infirmier, j'ai l'impression de travailler à la chaîne, de travailler vite, de faire le maximum de choses dans un minimum de temps, sans avoir le temps de me poser, un temps de réflexion bien que je me sens une exécutante depuis un bon bout de temps d'ailleurs, je ne me sens pas dans une équipe » (Infirmière, médecine générale, CHU). Cette idée de travail à la chaîne revient souvent dans les entretiens (exemple de l'infirmière assimilée à une caissière), ainsi que celle de se trouver sans appui ou sans un collectif permettant de trouver un sens à son activité.

3.1 L'arbitrage quotidien comme source de souffrance ?

Nous avons caractérisé la représentation de l'activité de travail des professionnels de santé comme une vision mettant en relief le double aspect technique et relationnel du soin. En réalité, nous dégageons *une règle de métier* dans la mesure où l'activité des personnels paramédicaux comporte ces deux dimensions dont le dosage est scrupuleusement respecté. Par règle de métier, il s'agit de désigner un système collectif de repérage permettant aux membres d'un groupe de tracer les frontières de l'action. Une règle de métier n'est pas un règlement, « elle n'est pas faite pour punir, elle balise, elle permet à chacun de se repérer »¹⁷⁵. La règle est ce principe qui permet une certaine souplesse dans la réalisation du travail à l'opposé d'un règlement qui se traduit par une rigidité de l'activité. C'est la raison pour laquelle, nous allons porter un intérêt particulier à l'arbitrage quotidien du travail des professionnels de santé dans la mesure où ces situations nous permettent, d'un point de vue quasi expérimental, de mettre à l'épreuve la règle de métier avec les contraintes du travail.

L'arbitrage est une situation qui met le professionnel face à un choix, à une décision qui implique la pondération de plusieurs éléments participant à la situation. Or, le processus décisionnel doit pouvoir réaliser un dosage dans le cadre d'une relation de soin entre un acte purement technique et un acte purement relationnel qui engage profondément le professionnel de santé. Or, une telle situation provoque deux réactions que l'on peut illustrer par deux situations :

- La situation où l'arbitrage est possible
- La situation où les conditions sociales ne permettent pas d'arbitrer

Chacune de ces situations expose le professionnel de santé à un processus de décision au cours duquel il devra définir l'action à mener. De ce processus résulte le travail de qualité ou au contraire de non-qualité. Ceci implique une certaine conception de l'autonomie au travail. L'idée d'autonomie en sociologie recouvre traditionnellement l'idée suivant laquelle les acteurs sociaux ne se laissent pas totalement subordonner et recherchent une échappatoire au contrôle exercé par la direction. Mais une telle vision est incomplète dans la mesure où J.D. REYNAUD montre que l'indépendance – autonomie – et le contrôle sont les deux facettes d'une même réalité. Dans les organisations l'autonomie et le contrôle n'ont de sens qu'ensemble. Une certaine régulation des activités s'installe entre les différents protagonistes pour créer l'espace nécessaire à la coopération. Toutefois, la conception de l'autonomie comme relevant de la marge de manœuvre des acteurs n'est robuste que dans les contextes organisationnels stables ou fortement planifiés. Peut-on dire que l'univers hospitalier est un univers organisationnel fortement rationalisé et stable ? Nous avons indiqué que l'univers du travail hospitalier se rapprocherait davantage de la relation de service puisque l'objet même

¹⁷⁵ D. CRU (1987), « Les règles du métier » in *Plaisir et souffrance dans le travail* (Dir. C. Dejours), pp. 29-54.

de la relation n'est pas un matériel inerte mais participe également à la production. Alors que les caractéristiques d'une organisation du travail du type taylorien visent à cadrer les processus de production, son déroulement et ses buts. Paradoxalement, l'univers hospitalier se rapprocherait de ces caractéristiques avec l'introduction des démarches de qualité de soins qui visent à faire adopter par l'ensemble du personnel des pratiques préalablement définies. La charte du patient, les protocoles des soins, les transmissions ciblées, la traçabilité sont autant d'éléments qui viennent reconfigurer le travail à l'hôpital. La question de l'arbitrage dévoile la capacité des acteurs à s'engager dans leur travail et en même temps la capacité qu'ils peuvent avoir pour se distancier¹⁷⁶. C'est que nous nommerons l'arbitrage.

3-1-1. L'autonomie de l'arbitrage

Faire son travail n'est pas une action où l'on doit simplement respecter scrupuleusement un ensemble des règles. Pour faire son travail, il est nécessaire de pouvoir disposer de l'autonomie ou l'amplitude suffisante pour arbitrer. Aussi accomplir son travail ne se réduit-il pas à une question de moyens mais englobe d'autres dimensions. Pouvoir disposer du temps nécessaire pour organiser son activité, pouvoir disposer des règles collectives acceptées et tolérées par les membres du groupe, pouvoir compter sur les autres membres et notamment lorsqu'il s'agit d'intervenir auprès d'un malade : *« Non, des petits maux comme ça, mais non parce que j'ai eu la chance quand même de travailler avec des gens dans une équipe paramédicale assez intelligente, je vais dire, avec des tiraillements que ça on ne peut pas l'éviter, mais dans la majorité du temps, on s'est toujours entraidé. Aussi bien les unes que les autres dans les différentes catégories, aussi bien infirmières qu'aides-soignantes, je n'ai jamais entendu, ni de la part d'une ni de l'autre, et bien débrouille-toi toute seule pour le lever. S'il n'y a pas assez de monde, c'est quelqu'un qu'on ne levait pas. D'avoir aussi des aides-soignants qui savaient bien manipuler les patients de façon à ce que l'on ne se fasse pas de mal, de se mettre à trois ou quatre, en n'entendant pas, mais moi je le lève toute seule. Alors effectivement, on peut toujours tout arriver à faire, et même mettre un patient grabataire au fauteuil seul, bien sûr les conséquences ne sont pas les mêmes, donc de toujours privilégier de redresser des gens à trois ou quatre, de tirer avec le drap, enfin d'avoir des gens qui ont un peu de jugeote et de se protéger un maximum de ça. »* (infirmière, service médecine, CHU).

La décision et la manière d'intervenir auprès d'un patient impliquent une préparation, une évaluation de l'espace dans lequel on va effectuer l'intervention. A-t-on assez de place ? Ai-je besoin d'un collègue ? Le lit dispose-t-il d'un système de réglage à hauteur variable ? Peut-on utiliser le drap pour déplacer le malade ? Le patient coopère-t-il ? Etc. Ces appréciations permettent au professionnel de santé de prendre une décision en fonction des paramètres ainsi jaugés. Parmi ces derniers, la place des collègues de travail est centrale car le professionnel peut mesurer la difficulté de son travail à partir du moment où il peut compter sur les autres membres de l'équipe. Toutefois, cette place n'est pas une simple ressource sur lequel le professionnel peut compter. Il s'agit surtout de cerner ce qui se cache derrière la référence à l'autre à savoir une règle d'intervention : *« S'il n'y a pas assez de monde, c'est quelqu'un qu'on ne levait pas »*. Avoir la possibilité de choisir la manière dont va effectuer son travail, c'est pourvoir disposer de l'autonomie nécessaire pour dire oui ou non à l'intervention. Arbitrer dans cette perspective permet de donner aux professionnels l'amplitude nécessaire pour organiser leur travail sans que cela nuise à leur santé mais également à celle du malade.

¹⁷⁶ Cette idée résulte d'une lecture de l'article de P. ZARIFIAN, 1999, « L'autonomie comme confrontation coopératrice à des enjeux », In *L'autonomie dans les organisations quoi de neuf ?*, (Sous la Dir. K. CHATIZ, C. MOUNIER, P. VELTZ et P. ZARIFIAN), Paris, Ed. l'Harmattan, pp. 39-64.

En effet, ne pas lever le malade lorsque l'on est seul, est une règle de fonctionnement certes permettant de préserver le professionnel mais également le patient de tout risque. Contrairement à ce que l'on peut penser, les règles d'intervention ne sont pas opposées ou contraires au patient. Aussi le patient est très présent dans les descriptions et les modes d'action que les professionnels mettent en place : « *Voilà. Du rhume au cas grave, on essaie de gérer au milieu de tout ça. Donc nous, ce qu'on demande c'est d'avoir plus de temps à consacrer aux gens, parce que c'est vrai que les soirées où on arrive à être un petit peu tranquille, on voit bien que les patients sont contents parce qu'on a un peu dédramatisé la situation, on a ri, on a dit des trucs, des bêtises, et bon quelquefois on revoit les patients disant, oh là là, j'ai été hospitalisé, je m'inquiétais beaucoup et puis tout compte fait là je suis de nouveau malade, mais je n'ai pas la même impression que la première fois parce qu'on a rigolé et rigolé. Quand on n'a pas de travail, on arrive à dédramatiser, à parler avec les gens, des fois à apprendre des choses à redire au médecin. Donc c'est vrai nous ce qu'on voudrait c'est avoir du temps à consacrer, comme toutes les filles du service. Le temps de parole n'est pas considéré comme du travail, c'est triste* » (infirmière, service urgence, CHU). Échanger, avoir du temps, pouvoir « dédramatiser » sont les critères que les professionnels de santé mobilisent pour évaluer l'intervention. La relation de soin ne répondant pas correctement à ces critères « *affole* », on ne peut pas anticiper et préparer le travail dans des bonnes conditions.

Réunir au cours de l'activité de travail les éléments nécessaires pour effectuer un travail de qualité, c'est pouvoir arbitrer entre les différents paramètres de la situation de travail. Comment cette même situation est-elle vécue lorsque les professionnels de santé ne peuvent pas arbitrer entre les différents paramètres de la situation ? Il est certain, comme nous l'apprend la sociologie des organisations, qu'un acteur dans une organisation ne peut évaluer l'ensemble des éléments d'une situation. Premièrement, il ne dispose pas de toutes les informations nécessaires pour juger convenablement ; soit parce qu'il n'y a pas accès ; soit parce que ces dernières sont trop nombreuses. Deuxièmement, l'acteur procède à une évaluation qui va mettre en lumière certes une certaine rationalité mais limitée par les conditions de réalisation de celle-ci. Par conséquent, une première forme d'interprétation consisterait à dire que les arbitrages conduisent les acteurs à adopter des « *systèmes d'action concrets* » pour pouvoir faire face au travail quotidien au sens crozierien du terme¹⁷⁷. Simplement, si ces formes des réponses collectives permettent de contrôler et coordonner les actions de l'ensemble de l'activité de travail, elles peuvent se traduire aussi par une certaine occultation ou voilement du vécu des conditions de travail.

En effet, les formes d'organisation de travail collectif ne sont pas forcément sans répercussions sur le plan subjectif de l'individu. Autrement dit, au sein du groupe, il peut y avoir une représentation différentielle des conditions de travail et des modes d'organisations. Le concept « *d'idéologie défensive* » de Christophe DEJOURS nous conduit à questionner autrement ces ajustements locaux dans la mesure où les contraintes du travail sont présentées comme s'opposant directement au vécu subjectif de l'acteur. Les *idéologies défensives* ont « pour but de masquer, contenir et occulter une anxiété particulièrement grave »¹⁷⁸. Le repli fusionnel sur le groupe comme matrice identitaire se traduit par une réponse homogène et univoque, se faisant il réduit en même temps le champ des possibles et rend homogène le vécu des membres du groupe. La question est importante ici car l'approche en sociologie du travail et des organisations montre une multitude d'arrangements effectués par les acteurs pour

¹⁷⁷ M. CROZIER et E. FRIEDBERG (1977), « *L'acteur et le système, Les contraintes de l'action collective* », Paris, Seuil. 436 p.

¹⁷⁸ C. DEJOURS, 1998, p. 43.

garder une certaine autonomie à la réalisation de leur travail voire à la préservation de leur identité secondaire¹⁷⁹. Simplement, en sociologie du travail et des organisations si l'on montre l'existence de ces formes collectives de « gestion » des contraintes du travail cela ne signifie pas qu'à terme ces ajustements ne soient pas coûteux psychologiquement parlant. La complexité de l'approche des sciences sociales en termes de santé au travail se trouve notamment à ce niveau. En effet, le rapport subjectif que l'individu peut avoir avec son activité de travail est relativement indépendant des conditions objectives de celle-ci¹⁸⁰. L'activité de travail possède une certaine ambivalence et une signification qui peut être très variable d'un contexte social à un autre.

3-1-2. L'impossible résistance aux contraintes de l'activité de travail

Nous le soulignons plus haut, l'un des postulats majeurs de la psychodynamique du travail est de considérer le travail d'un point de vue essentiellement coercitif puisqu'il s'oppose à la liberté du sujet et à sa subjectivité. Pénurie du personnel, conditions matérielles, absence de reconnaissance, etc. sont autant d'éléments qui dans une approche en termes de psychodynamique sont mobilisés pour examiner l'activité de travail. Seulement, en contraste avec les travaux sociologiques le modèle de la psychodynamique suppose un contexte de travail relativement stable et surtout un rapport unique à l'activité de travail. Cette approche « suppose que les situations de travail ne sont pas ambivalentes *a priori* mais ne le deviennent qu'après inversion des valeurs par le groupe de travail. Cela s'applique bien au cas des ouvriers du bâtiment et travaux publics où le risque est quelque chose de négatif *a priori* et c'est bien pour éviter l'angoisse que le collectif développe une survalorisation de la résistance »¹⁸¹. Or, le secteur hospitalier ne coïncide pas obligatoirement avec ce mode d'analyse dans la mesure où l'ambivalence des situations de travail est plus fréquente et complexe. Nous évoquerons cet aspect après avoir exposé les situations dans lesquelles les professionnels de santé ne peuvent pas arbitrer autrement dit les situations où ce n'est pas l'ambivalence qui est porteuse.

Parler d'impossible résistance aux contraintes de l'activité du travail suppose certains éléments. Le premier est que les acteurs en question ne disposent pas des moyens ou ressources nécessaires pour construire un espace d'autonomie permettant de mener à bien leur travail. Le second élément sous-entend que les acteurs sociaux ne trouvent pas dans leur environnement proche l'appui nécessaire (car il y a absence de règles, de normes, de valeurs communes, etc...) pour réaliser leur travail. Enfin la construction d'une idéologie défensive paraît difficile à effectuer parce que les conditions matérielles ne le permettent pas. Autrement dit, le collectif de travail est fortement questionné. Outre ces aspects, ce qui ressort de manière saillante c'est que la conduite des acteurs se caractérise par une certaine logique d'action. Les professionnels ne font que suivre les variations de l'activité en faisant preuve d'une forte adaptabilité et flexibilité. Par ailleurs, c'est dans ces entretiens où il apparaît les descriptions les plus floues de l'organisation du travail. Ainsi lorsqu'ils parlent de leur travail, il se dégage une image assez contraignante : « *Je peux vous donner, aujourd'hui, ce matin, pas de surveillante, en plus on change de surveillante parce que l'autre est partie en retraite,*

¹⁷⁹ E. GOFFMAN (1968) *Op. Cit.*

¹⁸⁰ À ce titre l'ouvrage de P. ROCHE (1987), *Une santé d'acier*, Paris, Ed. CNRS, 178 p. est exemplaire dans la mesure où il montre le cas de deux « ateliers » l'aciérie et le parachèvement. Le premier comporte des conditions physiques bien plus contraignantes (four, haute température, charges lourdes, etc.) que le second, or c'est dans ce dernier que les revendications et les allégations sur les conditions de travail sont les plus fortes.

¹⁸¹ M. LORIOU (2003) ; « Démêler les liens entre organisation du travail et santé mentale. L'exemple des services », *jours médicaux du CISME*.

*en ce moment tout le monde part en retraite. C'est une nouvelle, donc en plus elle n'était pas là, ce matin nous étions trois infirmières, et en fin de compte, confrontée au problème de commande de matériel pour le réapprovisionnement, problème de l'arsenal qui n'a pas de sous pour commander le matériel en ce moment parce que c'est la fin de l'année » **L'arsenal ?** « L'arsenal, c'est la pharmacie, c'est là où on stocke le matériel, ça correspond à la pharmacie. C'est-à-dire que ce sont eux qui passent nos commandes, et quand ils ont plus de sous et bien ils ne commandent pas. Il faut se débrouiller dans les autres services Voilà, mais le problème c'est que les prothèses des jambes, il n'y a que nous qui les avons, donc on peut pas opérer parce qu'on n'a pas de matériel. Ce matin, j'étais en plein dedans. Donc la surveillante m'avait dit mercredi, il faudra téléphoner à L'Arsenal pour savoir si la commande est bien passée puisqu'ils ont dû faire un déblocage d'argent et en fin de compte, aujourd'hui, ce matin, il n'y avait rien du tout. Et donc comme on était que trois, on était toutes en salle en train de travailler, il n'y en a pas une, parce que quand on est 4, il y en a une qui se détache pour justement voir les problèmes et comme un fait exprès ce matin on a eu du travail, on a eu des SAMU et on a eu les malades des services, parce qu'on opère aussi les malades des services » (infirmière, service urgence, CHU).*

L'activité hospitalière, dans certains services, se caractérise par cette impossibilité d'anticipation et de maîtrise de l'activité. Tout se passe comme si les professionnels de santé entraînent dans une spirale les empêchant de remettre en cause leur mode d'organisation. Outre les conditions matérielles de l'organisation du travail il existe également des configurations sociales qui résultent des rapports sociaux au sein des services. Or, ces rapports présentent les problèmes sous l'angle strictement interpersonnel. Des cadres absents, des nouvelles infirmières incapables, un égoïsme naissant, mauvaise formation, etc. sont autant de qualificatifs employés pour décrire les rapports sociaux. C'est la raison pour laquelle il ne suffit pas de dénoncer le manque de personnel ou l'intensification de l'activité du travail, encore faut-il se sentir en mesure de s'opposer à de telles situations et de s'organiser : « *Tout à fait. Mais encore une fois, il faut se donner l'autorisation de dire non et il faut savoir pourquoi, ce n'est pas dire non, pour dire non, c'est dire non et argumenter, et je pense que si on est une professionnelle, on a tous les moyens d'argumenter. Et je pense que dans les conditions de manque de personnel qu'il y a actuellement, d'autant plus, on a la possibilité pour dire stop, on arrête, c'est pas comme ça qu'on travaille, ce n'est pas ce qu'on veut. Alors sans rentrer dans des luttes syndicales, quoi que, mais c'est même pas dans ça que je parle, c'est dans le fait d'accepter l'inacceptable, et ça fait des années que ça dure. Mais pour ça, il faudrait qu'il y ait des mouvements d'infirmières, comment je vais dire ça, sans encore parler de quelque chose de syndical, bien que je sois syndiquée, vous savez les médecins ont des collectifs pour eux, en plus ils sont très unis, ce qu'on n'a pas nous. Nous on essaie d'abord parce qu'on n'a pas le temps, parce qu'il faut aller vite, parce qu'on n'a pas le temps de se réunir, parce qu'on en a ras-le-bol, parce qu'on s'en va, le travail est différent entre les médecins et les infirmières, eux c'est vrai dans un temps, dans la journée ils vont rester beaucoup plus longtemps que nous à l'hôpital, mais ils n'ont pas notre rythme de travail à nous, nous en 8 heures de temps, il faut que notre boulot soit fait, même s'il y a une continuité après, je veux dire il y a des plages horaires de trucs à faire et qu'on ne peut pas laisser à nos collègues. Si on a des antibiotiques à passer, il y en a un par équipe, on ne va pas dire, ben moi, je n'ai pas eu le temps de le faire, j'en laisse deux à l'équipe d'après. Les médecins sont là plus longtemps que nous, certes, mais ils n'ont pas un rythme de travail accéléré comme le nôtre, s'ils veulent quitter la salle et se réunir pour parler d'un patient ou d'un problème, ils s'en vont, nous on n'a pas la possibilité, ou alors encore une fois, on ne se donne pas la possibilité de le faire. Mais je crois qu'on est largement responsable de l'état de notre profession et des conditions de travail parce que je pense que si on était beaucoup plus unis*

et que dans l'unité, on dise stop c'est fini, arrêtons d'accepter l'inacceptable, on n'en serait pas là » (infirmière, service médecine, CHU). Les conditions matérielles pèsent sur les modes d'organisation du travail et sur les arbitrages éventuels que les professionnels de santé peuvent effectuer sur le lieu du travail. Mais cette contrainte est d'autant plus mal vécue que celle-ci est perçue comme en partie due à l'impossibilité pour le collectif de travail de dire non ou de manifester son désaccord face à des situations considérées comme « inacceptables ». Être pris dans l'empressement de l'action et être dans l'impossibilité de laisser faire facilement par d'autres son activité (car contraire à l'éthique professionnelle) ; percevoir l'activité de travail comme prescrite sont autant d'éléments qui interviennent pour contraindre les professionnels de santé à une fonction délimitée. Or, justement l'enjeu de l'activité de travail hospitalier se situe à ce niveau pour certains professionnels car ils souhaitent pouvoir disposer de l'autonomie leur permettant de choisir et de prioriser les actions. Cette situation devient parfois intenable à partir du moment où le professionnel ne peut pas se consacrer à un soin notamment lorsque celui-ci implique une certaine « violence » pour le patient : « Alors par exemple aujourd'hui j'avais une dame qui avait une chimiothérapie en périphérique, qui avait une ponction lombaire dans la journée et bien l'interne, l'externe lui font la ponction lombaire, l'interne explique à la dame, la dame avait mal, était douloureuse, parce que c'est quand même pas une partie de plaisir, moi je me sens à ma place, d'être présente au côté de la patiente, pendant la ponction lombaire, de lui tenir les mains, je peux pas, parce que j'ai autre chose à faire, parce que j'ai mon travail de ce matin à rattraper. Quelqu'un qui vous tient la main pendant que vous avez une douleur, il y a une présence en face de vous, une ponction lombaire ça se fait comme ça, le médecin est derrière, moi ma place en tant qu'infirmière est d'être à côté de la patiente, lui demander comment ça va, comment elle le supporte, si elle est bien installée, bon allez tenez- moi les mains, bon allez c'est presque fini, mais il n'y avait personne avec elle, je ne pouvais pas être là. Donc il y avait le médecin derrière qui faisait la ponction lombaire avec l'étudiant en médecine, certes qui lui parlait, l'interne paraît-il lui a expliqué que quand elle a accouché elle a eu aussi une ponction lombaire mais qu'elle, elle n'a pas eu mal, elle s'en fiche la patiente, c'est pas l'histoire de l'interne qui est intéressante, c'est la sienne. Elle a mal, on lui fait sa ponction lombaire, la patiente s'allonge et les médecins s'en vont. La patiente elle a mal, elle a besoin qu'il y ait quelqu'un à côté d'elle, j'ai lâché ce que je faisais, je suis venue m'asseoir dix minutes, j'ai dit à cette dame, écoutez, si vous êtes douloureuse, vous pleurez, je sentais qu'elle se retenait de pleurer, quelquefois il faut, l'infirmière, elle est là pour donner l'autorisation aux gens de pleurer, c'est bizarre ce que je vous dis, mais c'est vrai, les gens ne se donnent pas l'autorisation de dire, j'ai mal, ne se donnent pas l'autorisation de pleurer, alors que ça fait un bien fou. Il suffit de leur dire, mais écoutez, vous êtes douloureuse, je vois que vos larmes sont au bord des yeux, ben pleurez, je suis là, vous allez pleurer trois minutes, et il n'y a pas de honte, vous avez mal, vous avez passé un moment difficile, allez-y, je suis là, il n'y a personne, personne ne le saura, vous allez voir, ça va vous faire du bien, et bien la dame a pleuré deux minutes, je me suis assise à côté d'elle, je lui ai mis les mains là, je l'ai touchée, ça aussi ça a une importance capitale, on ne touche plus les gens, on ne se donne pas l'autorisation, nous personnel non plus » (infirmière, service oncologie, CHU)

3-2. L'ambivalence élément caractéristique de l'activité hospitalière ?

Nous avons souligné que l'approche de la psychodynamique du travail partait d'une analyse mettant l'accent sur une vision essentiellement contraignante et stable de l'organisation du travail. En effet, le travail hospitalier possède la caractéristique de se fonder sur un certain engagement de la part du professionnel mais également par le fait que le

destinataire de l'activité est autrui¹⁸². Or, celui-ci n'est pas un objet de travail comme un autre et par conséquent, il est plus difficile d'anticiper et prévoir voire d'organiser l'activité de travail. Cette singularité du travail permet de mieux observer le rapport subjectif à l'activité de travail et la signification que les acteurs donnent à leur activité. C'est la raison pour laquelle, on évoque ici le cas d'une aide-soignante. La première partie de l'extrait de l'entretien met l'accent sur l'imprévisibilité de l'activité favorisant la dimension équivoque du travail car il est très difficile de prévoir à l'avance les tâches à accomplir. En revanche, la seconde partie nous décrit comment elle gère dans le service l'activité de manière collective. ambivalence

*« Non avec la police, il n'y a jamais de problème puisqu'ils sont menottés, non c'est des gens qui viennent là aussi pour se défouler parce que c'est facile, c'est très particulier. Et là comment ça se passe ? Il y a quelqu'un qui dans l'équipe ? : On a des hommes, des collègues aides-soignants, notre brancardier (?) on est sauvé, et puis ben sinon, on se sauve. Voilà, c'est très particulier, on se fait insulter tous les soirs. **Insultes parce qu'on n'est pas bien accueillis ou parce que** : Parce qu'on n'est pas bien accueillis, parce qu'il faut attendre, parce que le monde n'est pas parfait, parce qu'ils ont pris un coup dans la gueule, c'est pas nous, mais ça fait rien, enfin voilà, il faut se défouler sur quelqu'un donc nous on est là, et en plus ils savent qu'on ne peut répondre, donc c'est tellement facile »* (aide-soignante, CHU, service urgence).

Dans ce service, il n'est pas facile d'organiser à l'avance et de connaître exactement le contenu du travail pour anticiper la coordination de l'activité. L'accueil et la rencontre avec un public parfois dans des situations complexes donnent une palette des sources de possibles pour « expliquer » le fait que certains utilisent ces moments comme repoussoir et ce d'autant plus facilement que les professionnels de santé savent qu'ils ne peuvent pas renvoyer les gens aussi facilement « *en plus ils savent qu'on ne peut répondre, donc c'est tellement facile* ». L'ambivalence ici joue sur le principe de l'accueil du patient quelles que soient les raisons qui l'ont conduit dans le service d'urgences. Simplement ce principe se heurte à un autre de l'ordre de civilité sociale et de la manière dont on doit être traité par ces personnes. Ne pas répondre peut dévoiler une certaine faiblesse ou une relation asymétrique dans la mesure où le patient peut imposer ou user de son influence pour conduire le professionnel à agir dans le sens souhaité car toute opposition est potentiellement interprétable comme un geste de mauvaise foi voire de non-attention. Si le collectif de travail ne fournit pas les équipements nécessaires à la gestion de ces situations, les professionnels de santé cumulent une tension pouvant aboutir à une fuite ou à une implication incertaine et fluctuante. La situation n'est pas la même lorsque le collectif de travail fournit les ressources nécessaires à de telles éventualités : « **Vous avez reçu des coups ?** Moi, non, j'ai toujours échappé miraculeusement, mais enfin j'ai quand même failli me faire tuer une fois. Mais ce qu'il y a c'est qu'au moindre truc qui tombe, au moindre bruit suspect, tout le monde arrive, on se protège tous. Donc on a

¹⁸² L'ambivalence existe dans bien des activités mais elle est plus saillante dans le secteur tertiaire. La responsabilité peut être source de plaisir mais également de stress dans des secteurs où l'engagement émotionnel est plus fort. Aussi l'activité de travail peut se caractériser par un travail de qualification à mettre à jour quotidiennement car le contenu même du travail ne permet pas de programmer ou de planifier à long terme l'organisation. La littérature est abondante dans ce domaine J.M. WELLER (2000), *L'État au guichet. Sociologie cognitive du travail et modernisation administrative des services publics*, Paris, Ed. Desclée de Brouwer, (Coll. « Sociologie économique »), 255 p., V. DUBOIS (1999), *La vie au Guichet. Relation administrative et traitement de la misère* Paris, Ed. Economica, 208 p. A. JEANTET (2003), « À votre service ! La relation de service comme rapport social » *Sociologie du travail*, n° 45, pp.191-209. J. MUNOZ (2003), « Prendre en charge un accident du travail : une activité de qualification à l'épreuve de la précarisation », *Sciences sociales et santé*, n° 21, pp. 81-104.

évitée la strangulation de la collègue, le coup de couteau dans l'autre truc. **Et c'est des choses qui sont remontées au niveau de la direction, vous expliquez ?** Non, parce qu'au niveau de notre chef de service qui est un petit peu un soixante-huitard sur le retour, qui a des idées bien à lui, si vous avez reçu un coup, c'est que vous avez mal géré le problème. Ce qui nous satisfait c'est qu'il en a pris aussi pas mal. (Rire). Voilà, maintenant on remonte s'il y en a un petit peu plus, parce qu'apparemment la direction n'est pas au courant. **Les médecins aussi reçoivent des coups parfois ?** Ben c'est plus nous en fait parce qu'on est plus en première ligne, c'est particulier hein » (...) « Voilà, les problèmes psychiatriques, la famille qui s'énerve, celui qui passe qui a vu de la lumière et qui vient nous insulter, de toute façon, il y a toujours une raison. **Et là-dessus, vous disiez tout à l'heure, au moindre petit bruit suspect, tout le monde arrive. Ah oui. D'accord, et quand les gens crient, vous ne répondez pas ?** De l'humour. Je vais être vulgaire, par exemple enculé : oh non monsieur, ça fait 5 fois là cette nuit, moi je ne veux pas tenir le coup, si vous voulez bien me laisser, et puis d'abord, vous me dites madame salope, parce qu'on ne se connaît pas, donc ça les désarçonne. Oui poufiasse, salope, je vais te tirer dans les genoux, tu vas voir, – et qui c'est qui va pousser le brancard ? Voilà, on essaie de désarçonner un peu, mais, c'est usant. Tous les soirs, surtout le week-end, les trois nuits du week-end ; oh non, tous les problèmes psychiatriques, c'est épouvantable. **Et au niveau de l'équipe, vous échangez là-dessus ? Quand je dis échanger, vous avez la possibilité d'aller voir quelqu'un et de dire celui-là..., Oui, mais comme on est tous là, on en a tous marre. Oui, tout le monde entend si quelqu'un commence à crier ?** Oui, on ne craint rien personnellement. Mais ça demande beaucoup d'humour, d'autorité, de psychologie, on arrive des fois à désamorcer la mayonnaise qui monte, c'est particulier » (aide-soignante, service urgences, CHU).

Pouvoir répondre en retournant la situation ou l'insulte constitue une capacité qui s'acquiert progressivement et permet au professionnel de faire face tout en se protégeant des agressions externes. En usant de l'humour, le professionnel de santé manipule symboliquement le caractère violent de l'attaque tout en respectant une certaine civilité. En montrant l'absurdité des remarques et critiques faites par les patients, (*je vais tirer dans les genoux, tu vas voir, – et qui c'est qui va pousser le brancard*) ils obtiennent la coopération nécessaire et minimale à la réalisation de leur travail. C'est une forme d'arbitrage précis et fin conduisant à une régulation des actes mais celle-ci est socialement partagée par l'ensemble du collectif. En effet, l'observateur extérieur peut considérer une telle réponse comme contraire aux formes canoniques et respectueuses du patient.

La qualité une réalité protéiforme mais chargée de sens

Au terme des différents éléments évoqués dans l'analyse du contenu de la qualité telle que la définissent les professionnels, nous pouvons souligner les points suivants :

- **Premièrement** nous avons constaté, au cours des entretiens, que les professionnels n'évoquaient que rarement de manière spontanée les référents qualité liés à l'accréditation. En réalité, lorsqu'il est question de la qualité du travail de soins ce n'est pas l'accréditation et les démarches induites par cette politique qui sont citées en premier lieu. Cela ne veut pas dire qu'ils ne connaissent pas l'accréditation, mais simplement que par rapport à la définition d'un travail de qualité, cela ne semble pas jouer un rôle important.
- **Deuxièmement**, les professionnels développent une vision de la qualité de soins, donc de leur activité, intimement liée avec les deux pôles de l'activité de soins : technique et relationnel. Autrement dit, pour comprendre la signification de la

qualité du travail à l'hôpital, il est nécessaire de comprendre et de cerner l'univers du travail et ses pratiques. Dans le cas présent, les professionnels s'accordent sur l'importance de pouvoir doser ou arbitrer entre les deux pôles pour effectuer un travail de qualité. Les pratiques quotidiennes de travail ne soulèvent pas la question de l'arbitrage en soi : faire une piqûre, nettoyer une plaie, administrer un médicament, manipuler un patient, etc. La question de l'arbitrage ne devient pertinente que lorsque la réalisation des tâches exige d'opérer un choix entre les deux aspects, en faveur de l'un et au détriment de l'autre. Dans le discours des professionnels, la pratique des soins englobe par définition les deux aspects. Réduire l'activité de travail à l'un ou l'autre ou encore se trouver dans des conditions ne permettant pas de doser les deux aspects, provoque un sentiment de frustration et de non-qualité.

- **Troisièmement**, les professionnels abondent en détails pour décrire la manière dont ils mesurent le travail de qualité. Ces derniers peuvent avoir une forme très matérialisée (état du pansement, technique de la piqûre, pose de masque, etc.), comme il peut se fonder sur les évolutions du patient (le patient commence à manger, le patient parle, le patient marche, il a de l'autonomie, etc.). C'est à partir de ces éléments que les professionnels construisent leurs visions de la qualité.
- **Quatrièmement**, l'activité de travail à l'hôpital possède une caractéristique majeure notamment dans le rapport que les professionnels vont instaurer avec leur travail. L'ambivalence du travail se voit dans les réactions développées par les professionnels face à certaines attitudes des patients. Les insultes, qui peuvent apparaître comme une forme de violence au début de la carrière professionnelle, deviennent avec le temps maîtrisables car on apprend à « faire avec ». Ainsi l'incertitude peut devenir source d'organisation collective plutôt que source de malaise. Les collectifs de travail pour pouvoir faire face à l'imprévisibilité des conduites des patients dans les services – d'urgences par exemple- développent une *alerte flottante* permettant de réagir rapidement en cas de problème. L'incertitude, l'ambivalence inhérentes à l'activité peuvent difficilement être codifiées dans les protocoles mais en revanche, elles font l'objet d'un contrôle accru de la part des professionnels.
- **Enfin cinquièmement**, les professionnels recherchent au cours de leur activité à mesurer la reconnaissance ou le bien fondé de leurs actions. En effet, la qualité de leur travail est évaluée, en partie, à partir des réactions ou des assentiments des patients ou des collègues.

III. L'impact des nouveaux modes de gestion et d'organisation impulsés par l'accréditation

En 2002, l'ANAES a fait réaliser une enquête par questionnaire auprès de directeurs d'établissements, de soignants (cadres ou directeurs de soins) et de médecins dans l'objectif de mieux connaître l'impact des démarches qualité et d'accréditation sur personnels¹⁸³. Les discours recueillis auprès de soignants dans la présente étude nous permettent de prolonger et de nuancer les résultats dégagés par l'ANAES sur deux aspects.

D'une part, les conséquences de l'accréditation sont ici saisies du point de vue des soignants de terrain, autrement dit des praticiens qui prodiguent des soins directement aux malades. En effet, les professionnels soignants que nous avons interrogés ont déploré à de nombreuses reprises l'éloignement du cadre de santé de la réalité du terrain. (cf. point sur les conditions de travail). Ces professionnels expriment leur regret de ne plus voir le cadre contribuer à la réalisation des soins et constatent que sa fonction est désormais centrée sur le management (administration du service et organisation du travail de l'équipe). Dans ce contexte, il n'est pas rare d'entendre dire que les cadres ne sont plus des « *soignants* » alors que ces derniers placent au centre du processus de construction de leur nouvelle identité professionnelle l'idée qu'ils sont « *encore des soignants* ». En outre, dans ce système de représentations propres aux soignants, les directeurs de soins sont systématiquement assimilés à la direction administrative des établissements. Dans ces conditions, il nous a semblé que les discours des cadres et des directeurs de soins ne rendaient compte qu'en partie seulement du positionnement des soignants vis-à-vis de l'accréditation. Dès lors, il apparaît nécessaire d'introduire dans l'analyse la perspective des infirmiers comme celle des aides-soignants.

D'autre part, la nature qualitative du matériau recueilli dans le cadre de la présente recherche conduit à proposer une analyse plus fine des effets perçus de l'accréditation. Les personnes interrogées ont pu s'exprimer assez librement au sujet de la démarche et ont pris le temps de repérer les différents effets perçus, de les commenter ou encore de rapporter certaines anecdotes au sujet du déroulement de l'accréditation dans leur établissement. La richesse des discours produits amène à souligner la diversité des points de vue, laquelle peut être comprise en lien avec certaines variables (types d'établissements et de services, conditions et modalités d'organisation du travail).

Pour mémoire, l'ANAES définit l'accréditation comme « une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels indépendants de l'établissement et de ses organismes de tutelle, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques ». Le déroulement de la procédure comprend six grandes étapes :

- 1- Entrée de l'établissement dans la procédure
- 2- Réalisation d'une auto-évaluation
- 3- Visite de l'établissement par les experts et rédaction d'un rapport
- 4- Formulation d'observations par l'établissement sur le rapport des experts
- 5- Élaboration du rapport d'accréditation par le collègue d'accréditation de l'ANAES
- 6- Rédaction du compte-rendu d'accréditation par le directeur de l'ANAES.

¹⁸³ C. BRUNEAU, O. OBRECHT, C. LACHENAYE-LLANAS (2003), « Le point sur l'accréditation : une enquête nationale auprès de diverses catégories de professionnels de santé », *Gestions hospitalières*, n° 422, pp. 13-17.

Cette chronologie a été retenue afin de saisir le contenu des perceptions des professionnels concernant les incidences de l'accréditation sur l'organisation de leur travail.

1. La démarche d'accréditation en représentations et en pratiques

Nous traitons ici des représentations de l'accréditation qui renvoient à la manière dont les personnes s'expriment très spontanément au sujet de la démarche (lorsque le thème vient d'être introduit dans le cours de l'entretien). La question de l'implication des professionnels est quant à elle exposée à partir d'une typologie recensant la pluralité des situations rencontrées.

1-1. Une première impression plutôt mitigée

Il ressort de l'enquête menée pour l'ANAES que l'ensemble des répondants juge positivement la démarche : elle est « enrichissante », « génératrice de changements », « pédagogique », « susceptible de modifier leurs pratiques », mais est aussi caractérisée de « formelle » et de « lourde ». Il apparaît que les soignants (cadres et directeurs de soins) jugent plus positivement encore le processus.

La population infirmière et aide-soignante interrogée produit des discours plus nuancés au sujet de l'accréditation¹⁸⁴. L'objectif annoncé de la démarche est perçu positivement dans la mesure où celle-ci est censée améliorer la qualité des soins et le service rendu aux patients. Cependant, au-delà de cet objectif général et théorique, les jugements sont nettement moins favorables. Certaines expressions prononcées très spontanément en témoignent :

- « *c'est presque inutile* »
- « *c'est une perte de temps* »
- « *du cinéma* »
- « *ça me fait rire* »
- « *une grande nébuleuse* »
- « *utopique* »
- « *sable mouvant* »
- « *c'est n'importe quoi* », etc.

Ces propos se retrouvent dans les deux catégories professionnelles enquêtées, cela quel que soit le statut juridique des établissements d'exercice. Par contre, les expressions négatives apparaissent très prioritairement chez les professionnels travaillant dans les services les plus spécialisés et technicisés (chirurgie pédiatrique, bloc opératoire, immunologie, hématologie, soins intensifs, service de grands brûlés, etc). Si l'intérêt accordé à la démarche apparaît moindre dans ces secteurs, c'est parce que celle-ci a induit très peu de changements. En effet, avant même l'accréditation de leurs établissements, les services les plus technicisés avaient déjà développé des principes anticipant cette procédure (nous reviendrons plus loin sur cet aspect en abordant plus spécifiquement les conséquences concrètes de l'accréditation).

Les professionnels invoquent deux principaux éléments pour expliquer leur réticence à l'égard de cette procédure. Premièrement, l'accréditation impulse des changements de pratiques qui ne peuvent pas être mis en œuvre faute de moyens et de conditions favorables.

¹⁸⁴ Une aide-soignante (établissement mutualiste) n'avait jamais entendu parler d'accréditation avant l'entretien et n'a pas pu dire si son établissement était accrédité (il l'était, dans la mesure où l'échantillonnage reposait sur ce critère).

La pénurie en personnels soignants, les 35 heures, les absences non remplacées etc., ne permettent pas de concrétiser ces transformations ou bien les rendent très compliquées : « *c'est presque inutile, parce qu'en fait il y a plein d'autres choses qui manquent, et bien déjà le manque de personnel, je suis désolée, mais on prend des risques énormes, et l'accréditation, c'est ça aussi, il faudrait qu'on soit assez nombreuses pour être au top et puis remplir vraiment bien les tâches* » (infirmière, AP-HP, chirurgie pédiatrique).

Deuxièmement, l'accréditation profiterait plus aux cadres et aux médecins qu'aux soignants eux-mêmes. Pour les premiers, l'aboutissement de la procédure conduit à diffuser une bonne image des services qu'ils dirigent. Les seconds y trouveraient un moyen de se prémunir contre les procès croissants des usagers : « *C'est pour que les patients se fassent de l'argent, c'est un peu le système des États Unis. C'est fait pour protéger le chirurgien, mais je pense qu'il faudrait faire comprendre aux patients qu'en fait, ce serait mieux pour eux de ne pas porter plainte, de faire confiance aux chirurgiens. C'est une perte de temps* » (infirmière, CHU, bloc opératoire).

1-2. Un déficit de communication dans l'annonce de la procédure

Qu'ils aient ou non participé à l'accréditation, les soignants se souviennent assez mal du moment et de la manière dont la démarche leur a été annoncée : « *oui ou je n'ai peut-être pas fait attention* » (infirmière, CHU). Certains se rappellent très vaguement de l'organisation de réunions d'information ou de la distribution de dossiers documentaires. Ces documents et ces réunions semblent avoir été très peu ou nullement investis en raison d'un manque d'intérêt. Par exemple, dans l'ensemble du corpus, le *manuel d'accréditation*¹⁸⁵ n'est cité que dans un seul entretien. Dans ces conditions, les personnels admettent ne pas toujours avoir bien saisi les objectifs de la démarche : « *c'est vrai qu'on n'a pas bien compris au départ le bien fondé des choses* » (aide-soignante, clinique mutualiste).

Une seule infirmière (AP-HP, gynécologie-obstétrique) signale avoir reçu une information satisfaisante : « *On a eu des réunions où on nous a bien expliqué ce que c'était que l'accréditation, avec les fiches de paie à un moment donné, on a eu des notes de notre service signées de la directrice. On a dû signer un truc comme quoi on avait effectivement eu, parce qu'il faut tout signer maintenant, comme quoi on avait eu une info* ». Les efforts des directions des établissements en matière de communication et d'information favoriseraient semble-t-il l'adhésion du personnel à la démarche. Ainsi, la même infirmière dit : « *on était quand même archi concerné par ce truc, c'est sûr parce qu'il y avait quand même, pas la survie de l'hôpital, mais bon ça sous-entendait quand même pas mal de choses pour le fonctionnement de l'hôpital donc pour notre avenir à nous aussi, donc c'était l'intérêt de tout le monde* ».

1-3. Une absence massive de participation

L'ANAES insiste sur l'implication de l'ensemble des professionnels à tous les stades de la démarche, et plus spécifiquement au cours de l'auto-évaluation¹⁸⁶ et de la visite des experts, afin qu'ils acceptent et s'approprient les changements. Cette participation constitue même l'un des principaux objectifs visés par la démarche et non un simple principe. Or, les données recueillies indiquent que la plupart des soignants interrogés n'ont pas directement

¹⁸⁵ Le *manuel d'accréditation* de l'ANAES liste les exigences auxquelles l'établissement doit répondre pour atteindre la qualité recherchée.

¹⁸⁶ Cette auto-évaluation consiste à vérifier que les exigences formulées dans le *manuel d'accréditation* sont appliquées par l'établissement ou qu'elles vont l'être par la mise en place de moyens nécessaires.

contribué à l'accréditation de leur établissement. Cette absence de participation témoigne de la marge d'autonomie dont disposent les professionnels à l'égard de cette procédure imposée par l'institution. En effet, au-delà de la simple expression d'une certaine passivité, cette prise de distance peut être appréhendée comme une forme de stratégie défensive. Ceci apparaît assez nettement dans les raisons mises en avant par les enquêtés pour expliquer cette situation.

En premier lieu, sauf exception, la participation aux groupes de travail reposait sur le principe du volontariat : « *c'était au libre choix de chacun* » (infirmière, clinique privé, chimiothérapie). Aussi, le « *manque de temps* » et la « *surcharge de travail* » sont apparus comme des freins importants à l'implication du personnel, les soignants privilégiant d'abord leurs tâches quotidiennes auprès des patients. Par exemple, une aide-soignante très investie dans le fonctionnement d'ateliers mémoire pour les résidents de la maison de retraite dans laquelle elle travaille dit : « *j'ai voulu laisser ma place* ». Dans un contexte de surcharge et d'intensification du travail, l'accréditation ne constitue pas une priorité pour les personnels.

En second lieu, certains enquêtés affirment honnêtement avoir refusé de participer à une démarche à laquelle ils n'adhéraient pas (cf. remarques précédentes sur le caractère irréaliste et inapplicable de celle-ci). Une infirmière (AP-HP, hématologie) se dit « *trop révoltée* », « *trop désenchantée* » pour s'investir dans une démarche dont elle pense qu'elle ne « *changera rien* ». Là, encore les conditions de travail dégradées constituent un obstacle majeur pour obtenir l'adhésion des professionnels. La pénurie en personnels soignants, les difficultés liées à la mise en application des 35 heures, l'augmentation de l'activité, etc. ont fortement freiné l'implication des soignants.

Par ailleurs, quelques personnes ont été marquées par des échecs antérieurs liés à d'autres formes d'engagements au sein de leur institution et n'envisagent plus de renouveler de telles expériences (cas d'une infirmière ancienne trésorière du comité d'entreprise accusée à tort de malversations). Cette prise de distance par rapport aux investissements collectifs peut se trouver exacerbée par un prochain départ à la retraite qui amène à dire que l'on a suffisamment donné à l'institution au cours de sa carrière.

Enfin, il apparaît que les personnes travaillant dans les équipes de nuit n'ont pas été associées à la démarche : « *les gens de nuit sont invisibles* » (aide soignante, établissement privé, soins intensifs). Les informations sur l'accréditation ne semblent pas leur être parvenues : « *je ne sais pas du tout ce que c'est* » (infirmière de nuit, CHU, service des brûlés). De la même façon, aucun aménagement de planning n'a été proposé pour leur permettre d'intégrer les groupes de travail, lesquels ne concernaient que les seules équipes de jour : « *Le problème c'est que les réunions sont dans la journée et puis bon, quand vous avez travaillé la nuit, honnêtement on n'a pas envie de revenir* » (aide-soignante, CH, urgences). Par contre, les modes d'organisation des équipes de jour ont plus fortement favorisé et soutenu l'implication de leurs personnels.

Malgré l'absence massive de participation au sein de l'échantillon enquêté, les soignants ne sont pas restés dans l'ignorance de la mise en œuvre de la procédure. Ils connaissent parfois les thématiques de réflexion des différents groupes de travail (transmissions ciblées, accueil des patients, gestion des lits, protocoles de soins ou de nettoyage, etc.). Les collègues qui participent à ces groupes peuvent à l'occasion informer les non-participants de l'état de leur réflexion, des comptes-rendus peuvent aussi être diffusés au sein des équipes. Nous pouvons noter que la composition même de ces collectifs, lorsqu'elle est connue, peut être sujette à discussion. Certains groupes de projets ne mobiliseraient pas les professionnels les

plus compétents au regard des sujets traités. Une aide-soignante (hôpital privé, soins intensifs) explique que le groupe qui travaillait à l'amélioration de la gestion des lits était composé de « *secrétaires qui ne connaissaient rien aux pathologies* » et conclut que ce sont des groupes de « *parlotte* », sans aucune utilité.

1-4. Des formes de participation à distance

Entre la non-participation et la participation, on peut relever des formes de contribution médiatisées qui concernent principalement les personnels de nuit. Malgré l'existence d'un fort cloisonnement entre les équipes de nuit et les équipes de jour, quelques soignants sont parvenus à participer de manière indirecte à la démarche, par l'intermédiaire des cadres : « *Oui, on nous a quand même posé des questions à travers le surveillant de nuit. Donc ils nous ont demandé, ce qui va, ce qui ne va pas et tout, on a essayé de tout expliquer, de tout dire et tout* ». Dans un second temps, les cadres ont rapporté les réflexions des personnels de nuit « *à la direction* ».

Il est également intéressant de souligner que certains changements ont été suggérés par les intérimaires de passage dans les services : « *mais pourquoi ici, vous n'avez pas ça, nous on a travaillé à tel ou tel endroit, il y avait ça. Donc, ça nous mettait la puce à l'oreille* » (aide-soignante, établissement privé, service maternité).

Au regard de ces constats, on peut affirmer que dans quelques situations, l'accréditation a – en partie – contribué au décloisonnement des équipes et au partage des expériences des différentes catégories professionnelles.

1-5. Pour les professionnels ayant collaboré : entre évidence et injonction

Parmi les quelques personnes ayant contribué à l'accréditation de leur établissement, aucune n'a suivi de formation spécifique à ce sujet. Cet aspect n'avait évidemment pas non plus été abordé dans le cadre de leurs études initiales, lesquelles avaient été suivies il y a plusieurs années déjà, avant même la mise en place des procédures d'accréditation et plus largement des démarches qualité.

L'analyse des discours des professionnels ayant participé à la démarche au sein de leur structure conduit à dégager deux types de vécu de cette expérience qui se traduisent par deux types d'effets sur les modes d'organisation du travail. Dans le premier cas de figure, la contribution du professionnel apparaît comme naturelle, comme allant de soi dans la mesure où celui-ci collaborait déjà à une instance de gestion ou de décision de l'établissement. Par exemple, une infirmière précise qu'avant même le démarrage de la démarche au sein de son établissement (une clinique mutualiste), elle faisait partie du comité d'entreprise dans le cadre duquel elle était associée « *avec la direction* » à la préparation de l'accréditation.

Dans le second cas de figure, l'association à la démarche s'est faite sur le mode de l'injonction, du non-choix. Les soignants n'ont pas reçu non plus les informations et les formations qui auraient pu leur permettre de se préparer à ce travail. Dans ce contexte, les personnels ont très mal vécu cette expérience. Une aide soignante (établissement mutualiste, chimiothérapie) qui a œuvré à la rédaction de protocoles de pansements pour limiter les risques infectieux explique : « *Je crois que ça été un petit peu vécu comme une obligation, on nous a un petit peu poussé là-dedans ou on n'a peut-être pas eu suffisamment d'explications, le pourquoi de la chose [...] Au départ, j'ai eu un peu de mal, j'avoue que j'ai eu un peu de*

mal, bon après, mais je voyais pas non plus l'utilité de faire ça, mais il faut dire qu'on n'a pas eu vraiment d'explications. Non, on nous a dit, voilà, il va falloir qu'on fasse des procédures pour être accrédité, l'accréditation, c'est dans pas longtemps, on aura la visite des experts ».

Au final, pour les enquêtés, l'accréditation n'est nullement l'affaire des soignants de terrain, mais celle de l'encadrement¹⁸⁷ (les surveillantes, les cadres et les infirmières générales sont les plus cités) : « *L'infirmière générale gère ça et compagnie* » (infirmière AP-HP, immunologie-hématologie). Ce peut-être aussi l'affaire du chef de projet d'accréditation ou de la direction de l'établissement : « *C'est beaucoup des accords qui sont conclus entre la direction et la RH, on informe le CE, mais on ne travaille pas, sur les projets à venir, dans les années à venir on ne travaille pas du tout avec le personnel. Donc les grandes lignes sont vues en fonction des demandes de la RH. Nous on se contente de mettre en œuvre* » (infirmière, établissement mutualiste, soins intensifs). Dans les services les plus pointus, les médecins semblent avoir été davantage impliqués, notamment dans la rédaction des protocoles de soins. Les différents éléments produits par la hiérarchie sont parfois soumis aux soignants pour discussion. Dans d'autres cas, ils sont directement mis en œuvre sans avoir été validés par l'équipe. Les nouveaux protocoles sont alors découverts du jour au lendemain (par exemple, une nouvelle fiche fait son apparition dans le classeur des protocoles du service) et sont censés être immédiatement appliqués par les personnels. Ces visions tendent à renforcer la dichotomie déjà relevée entre les soignants de « terrain » et les cadres de direction éloignés de celui-ci. On pointe là un effet quelque peu paradoxal de l'accréditation sur l'organisation du travail. En effet, cette démarche se voulait participative et la plus proche du terrain et, à l'inverse, l'on observe à travers les réactions et les vécus des professionnels une forte division entre ces deux groupes professionnels. Tout se passe comme si l'accréditation ne parvenait pas à s'ancrer dans la réalité du travail hospitalier.

2. Les effets observés et ressentis de l'accréditation

Ce second point se focalise sur l'impact de la procédure. Celui-ci est saisi sur la base des jugements émis par les soignants au sujet des résultats « officiels » de l'accréditation ainsi que sur leurs perceptions des changements ayant affecté leurs pratiques.

2-1. La visite des experts : entre mascarade, dialogue et hostilité

Après avoir transmis les résultats de son auto-évaluation à l'ANAES, l'établissement engagé dans une démarche d'accréditation est visité par une équipe d'experts-visiteurs. Au cours de cette phase, l'implication des personnels soignants est fortement souhaitée, ceux-ci pouvant par exemple dialoguer avec les experts pour expliquer les pratiques propres à leur service.

Dans l'échantillon enquêté, une proportion importante de personnes indique qu'elles n'étaient pas présentes dans leur service le jour de la visite des experts de l'ANAES (repos, congés, RTT, etc.). En outre, tous les services n'ont pas reçu la visite des experts (cas pour un service de médecine du travail dans lequel exerce une enquêtée). Par contre, les personnes qui

¹⁸⁷ Une enquête portant sur les pratiques d'amélioration de la qualité montre également que les infirmières générales et les cadres infirmiers supérieurs sont les représentants du secteur des soins les plus impliqués dans de telles démarches. S. BERTEZENE (1996), « Démarches d'amélioration de la qualité : état des lieux », *Gestions Hospitalières*, pp. 710-722

ont assisté à la visite¹⁸⁸ des experts retracent de diverses manières cette étape de la démarche. À ce sujet, nous avons parfois éprouvé des difficultés à savoir si les enquêtés évoquaient la visite des experts de l'ANAES ou bien celle d'autres experts (auditeurs) dans le cadre de la phase préparatoire de la démarche (auto-évaluation). En effet, les expressions usitées pour désigner ces experts étaient assez vagues : « *ils* » ; « *des gens sont venus du centre pour la visite* », etc. Ces expressions témoignent d'une démarche perçue comme fortement déconnectée de la réalité des soins et menée par des experts totalement « étrangers » à celle-ci.

Premièrement, certains propos laissent sous-entendre que cette visite aurait eu lieu à l'insu des équipes de soins. Celles-ci n'auraient pas été prévenues par la hiérarchie et ont été informées de la visite seulement après que celle-ci ait eu lieu : « *Ils sont passés aussi la nuit, mais, nous on ne le savait pas, c'est après qu'on nous a dit, vous savez, ils sont passés pour voir comment vous travaillez et tout et tout* » (aide soignante, établissement privé, maternité). Dans ces conditions, les professionnels ont pu vivre la visite sur un mode inquisitorial, comme une forme d'immixtion dans leurs pratiques individuelles et non comme une évaluation neutre des pratiques collectives de l'équipe.

Deuxièmement, pour certains professionnels, cette visite fut l'occasion d'exposer les dysfonctionnements de leur activité aux représentants de l'ANAES. Une infirmière de bloc opératoire a ainsi fait part à l'expert des injonctions contradictoires auxquelles elle est soumise dans le cadre de son travail : elle est contrainte de sortir régulièrement du bloc pour préparer et stériliser le matériel (« *faire la vaisselle* » et « *refaire les boîtes* »). Elle procède à la stérilisation alors que sa tenue est souillée de sang ou de plâtre ! Bien évidemment, cette pratique est en totale contradiction avec les règles d'asepsie prévalant dans les blocs opératoires, mais la professionnelle n'a pas d'autres choix que d'enfreindre ces règles pour mener à bien son travail (la pénurie de personnel, l'activité à flux tendu expliquant cette situation). Lorsque les personnels arrivent à faire entendre leur voix et à évoquer sereinement leurs problèmes, la visite des experts peut être vécue positivement et apparaître constructive.

Troisièmement, quelques enquêtés laissent clairement sous-entendre que l'évaluation des experts est biaisée dans la mesure où la direction de l'établissement est préalablement informée du passage des experts dans tel ou tel service. Se faisant, la direction fait en sorte de résoudre très momentanément certaines difficultés habituellement récurrentes dans les services concernés. Dans leurs discours, les personnels souhaitent montrer qu'ils ne sont pas dupes : « *Et en plus, ce qu'on a compris c'est que dans le service de (...), parce que le jour, dans la journée ils sont passés pour l'accréditation du service des brûlés et c'était une période où ils étaient constamment en sous-effectif tout le temps, tout le temps et par hasard, le jour où, parce qu'ils préviennent, c'est ça qui est dommage en fait pour l'accréditation, c'est que les services sont prévenus, et il faudrait qu'ils viennent n'importe quand, et les trois jours d'accréditation, c'était peut-être les seules fois dans l'année où elles ont été en sur effectif ou en effectif normal, parce que c'est souvent qu'elles sont en sous-effectif chez nous. Et les trois jours d'accréditation, je crois que c'était sur trois jours, alors-là, il y avait plein de monde. Les roulants sont venus aider le service, mais c'est pas représentatif du tout, au niveau personnel* » (infirmier, CHU, service des brûlés). L'on peut encore évoquer les dossiers de soins et les dossiers médicaux montrés aux experts « *peaufinés* » peu de temps avant la visite. Dans ce cas de figure, c'est toute la procédure d'accréditation qui est perçue comme étant

¹⁸⁸ Il faut préciser que certains services ont été visités à plusieurs reprises lorsque l'accréditation n'a pas été obtenue immédiatement.

« truquée » et qui par conséquent est discréditée aux yeux des soignants. Ces représentations nourrissent la méfiance des personnels à l'égard de la démarche et nuisent à leur adhésion.

Enfin, certains enquêtés ont semblé profondément marqués par cette visite et n'ont retenu de l'accréditation que cette étape précise. Un infirmier de l'AP-HP relate à plusieurs reprises la visite de son service (immunologie-hématologie) au cours de laquelle les experts¹⁸⁹ ont souhaité connaître très précisément le temps nécessaire à la réalisation de certains soins. L'infirmier fut choqué par cette question, y voyant une sorte de remise en question de ses pratiques personnelles et plus largement du métier soignant et de sa dimension relationnelle. Le face à face avec les experts est alors devenu tendu : *« Alors donc votre question n'a pas de sens. Il y en a qui se sont sentis un petit peu agressés, je leur ai dit, je ne vous agresse pas, mais dites-moi que, je ne suis pas logique monsieur ou madame. Mettez vous à la place de ces patients qui sont là qui ont cette maladie, on leur a tout dit et compagnie, et qu'on leur explique des trucs compliqués et tout et puis comment vous serez, vous, dans un lit ? Est-ce que vous accepterez que je vienne comme ça, je vous branche plein de trucs, de couleurs rouges, de toutes les couleurs et que je tourne le dos, et que pendant ce temps-là, je viens de partir, vous êtes dans les toilettes, vous êtes en train de vomir pendant une heure ou deux heures. Si vous me posez une question et que, je ne prends pas le temps de vous répondre, comment vous concevrez ça, ça veut dire quoi ? Je vous soigne, je vous lâche là et puis tant pis pour vous, non, donc je veux que vous compreniez que je ne vous agresse pas mais je veux que vous compreniez notre métier parce que votre métier et le mien n'est pas le même »*. Vécue comme une méconnaissance de la qualité du travail soignant, cette configuration de visite peut-être à l'origine d'une certaine souffrance chez les professionnels.

2-2. Le retour de l'expertise

À l'issue de leur visite, les experts rédigent un rapport qui est transmis à l'établissement pour qu'il formule ses observations. Le rapport des experts et les observations de l'établissement à l'égard de celui-ci sont communiqués au Collège de l'accréditation¹⁹⁰ de l'ANAES pour validation. Le rapport d'accréditation ainsi qu'un compte-rendu sont transmis à l'établissement. Le compte-rendu est consultable sur demande par le public et les professionnels de santé intéressés. Le compte-rendu d'accréditation contient la présentation de l'établissement de santé, le déroulement de la procédure d'accréditation, ainsi que les conclusions du Collège de l'accréditation sur la situation de l'établissement. Ces conclusions mettent en évidence d'une part une synthèse selon les dix référentiels, d'autre part une synthèse selon trois orientations stratégiques définies par le Collège de l'accréditation : la satisfaction des besoins du patient, la maîtrise des situations à risque et la dynamique de gestion de la qualité.

D'une manière générale, les comptes-rendus d'accréditation n'ont pas été lus par les personnes interviewées, tout au plus quelques-unes signalent les avoir « vus ». Ceci peut laisser à penser que ces documents n'ont pas été transmis aux enquêtés en raison d'une défaillance du système de diffusion de l'information. Il se peut également que ces documents soient bien parvenus aux soignants, mais qu'ils ne les aient pas lu en raison de leur forme (langage abstrait peu compréhensible des professionnels) ou de leur fond (écrits ne rendant pas compte de la réalité du travail à leurs yeux). Par ailleurs, nous avons pu relever que dans

¹⁸⁹ Pour mémoire, les experts-visiteurs sont des professionnels en exercice formés à la démarche qualité. Ils sont les seuls acteurs du processus à avoir une appréciation *in situ* de la qualité produite par les structures.

¹⁹⁰ Le collège est composé de 15 professionnels de santé.

certains établissements, des réunions ont été organisées en vue de présenter les résultats de l'accréditation.

Dans l'ensemble, les soignants ont été capables d'indiquer si leur établissement était ou non accrédité ou en voie de l'être, sans pour autant être en mesure de préciser toujours la date de l'obtention de l'accréditation. Plusieurs professionnels ont pu relever les réserves formulées dans les comptes-rendus : « *la biberonnerie* », « *le dépôt de dossiers des patients* » ou « *les prescriptions médicales* ». Par contre, les professionnels ne font pas référence aux différents niveaux d'accréditation de l'ANAES¹⁹¹. Seule une aide-soignante (hôpital privé, maternité) parvient à en rendre compte : « *Ils ont dit qu'on était, comment ils ont dit ça, troisième niveau ?* ». Dans l'ensemble, ces remarques témoignent de la faible incidence de l'accréditation du point de vue des soignants de « terrain ».

Pour certains, les résultats positifs de l'évaluation étaient prévisibles : « *je pense qu'on était accréditable d'emblée* » (infirmière, CHU, service brûlés). Dans ce cas, on estime que l'accréditation a constitué une perte de temps et d'énergie considérable (travail de « titan », « *de longue haleine* ») puisque les soins produits étaient déjà qualifiés -en interne- comme étant de grande qualité. D'autres au contraire dénoncent le décalage existant entre la vision indigène et la vision externe de la qualité ainsi que l'impossibilité de pouvoir débattre directement avec les experts à ce sujet. Une infirmière en CHU explique que le cadre supérieur a divulgué à toute l'équipe soignante l'évaluation du service, dont les résultats étaient très décevants : « *C'est notre surveillante chef qui apparemment était aussi tellement choquée qu'elle l'a fait voir, mais c'est vrai que ça aurait dû rester au sein du bloc* ». Lors de l'entretien, l'enquêtée dispose du document et le montre à l'enquêteur ; il y est consigné – entre autres choses – que « *le service a trente ans de retard* ». Le collectif de travail s'est trouvé très affecté par cette évaluation (« *on a été assassiné* ») estimant qu'on ne lui donnait pas les moyens nécessaires pour travailler correctement : « *la direction a apaisé les choses, mais on voulait l'attaquer la personne, c'était inadmissible* ». Les professionnels ont eu le sentiment que leurs compétences étaient méconnues et plus fortement encore dépréciées et dénigrées alors qu'eux-mêmes avaient l'impression de faire « *pour le mieux* » et « *de se défoncer* ».

2-3. Les conséquences sur le travail des équipes : des points de vue divergents

Une petite proportion de professionnels juge que l'accréditation n'a eu aucun effet sur leur travail ou très peu : « *c'est du folklore* ». Ces propos se retrouvent prioritairement chez les soignants exerçant dans les services les plus spécialisés et les plus rapides : urgences, hématologie, immunologie, soins intensifs, etc. Ces unités ont la particularité d'avoir développé depuis longtemps déjà des modes de fonctionnement et des supports de travail anticipant les exigences de l'accréditation (par exemple, des procédures de soins, un livret d'accueil ou encore l'affichage de la chartre du patient). Dans ces conditions, l'accréditation n'a pas conduit à transformer radicalement les pratiques des professionnels : « *ce sont des choses qu'on faisait tout naturellement, on dit tiens, je n'ai pas dû me laver suffisamment* » (infirmier, AP-HP, immunologie). Les personnes qui exercent dans ce type de service insistent sur la « *rigueur* » avec laquelle elles travaillaient déjà et sur l'existence de règles pratiques fixées collectivement « *pour le bien des patients* ». Au mieux, la démarche a-t-elle permis de rappeler à certains collègues quelques principes déjà institués par le collectif, mais oubliés ou négligés au fil du temps (règles d'asepsie notamment, comme celle d'ôter montres

¹⁹¹ Les appréciations du collègue d'accréditation sont formulées sous une forme graduée : sans recommandations ; avec recommandations ; avec réserves ; avec réserves majeures.

et bijoux avant la réalisation d'un soin). Comme il le sera exposé dans la partie suivante, la coopération au sein de ces collectifs de travail tend à s'imposer du fait de la complexité et de la difficulté des tâches à mener. Cette coopération repose sur la construction de pratiques et de normes de travail collectivement partagées. En effet, la réalisation d'un travail délicat nécessite que chaque membre possède un niveau élevé de compétence technique et que l'ensemble du collectif reconnaisse à son tour cette maîtrise pour l'instauration d'un véritable « travail d'équipe ». Aussi, si l'accréditation semble avoir eu si peu d'impact aux yeux des professionnels exerçant dans ces secteurs, c'est parce que celle-ci n'a fait qu'officialiser des pratiques et des normes de travail informelles pré-existantes.

Les points de vue des autres enquêtés restent très partagés. D'un côté, on a affaire à des discours extrêmement favorables au regard des conséquences de la démarche. L'accréditation aurait permis de faire progresser considérablement les façons de travailler et de mettre fin aux anciennes pratiques décrites comme appartenant à une autre époque, maintenant révolue : « *dans le temps* ». Les changements introduits par l'accréditation – d'ordre matériel surtout – ont facilité et allégé les tâches des soignants, le temps ainsi gagné a pu être réinvesti dans l'aspect relationnel de l'activité : « *Avant, il y avait aussi notre surcharge de travail et là comme tout est jetable, le travail est devenu un peu plus facile pour nous, parce que dans le temps, il y avait tellement à faire, qu'on ne pouvait pas vraiment s'occuper franchement des mères* » (aide soignante, hôpital privé, maternité). Ce rééquilibrage entre la dimension technique et la dimension relationnelle du rôle soignant est une source de satisfaction¹⁹². De ce fait, ce cas de figure semble concerner plus fréquemment les services les moins technicisés.

D'un autre côté, on relève des discours inscrits dans un registre entièrement négatif. Pour résumer ces représentations, les nouveaux principes de travail imposés par l'accréditation s'avèraient difficiles, voire impossibles, à mettre en œuvre. De plus, ils seraient à l'origine d'une surcharge de travail (notamment administratif) qui contraint les soignants à privilégier l'aspect technique de leur fonction, au détriment de son aspect relationnel (éloignement du malade, absence de communication). : « *[Au sujet des nouvelles mesures de traçabilité imposée par l'accréditation] : on doit mettre notre nom sur tout ce qu'on fait, ça encore c'est pas bien fait, tout le monde ne respecte pas et ne met pas forcément son nom, mais je trouve que c'est une charge de travail encore plus lourde* » (infirmière, AP-HP, secteur pédiatrique).

Enfin, il est bien évident que certains propos rendent compte à la fois d'effets positifs et d'effets négatifs. En ce sens, un même changement peut tantôt constituer une source de satisfaction, tantôt une source d'insatisfaction. Le point suivant s'attache à repérer plus précisément ces variations.

2-4. Essai de synthèse des transformations de l'activité soignante

Le tableau suivant propose une synthèse des effets concrets de l'accréditation relevés par les enquêtés. Ces conséquences ont été regroupées et classées dans 9 grandes catégories (colonne 1) et étayées de quelques exemples précis (colonne 2). Le tableau fait également état des perceptions tant positives que négatives au regard des transformations ayant affecté l'activité des soignants (colonne 3), lesquelles sont illustrées par quelques courts extraits d'entretiens (colonne 4).

¹⁹² Cette satisfaction est d'autant plus forte que les soignants ont été associés à l'introduction des changements : « Tous ces changements c'est nous qui les avons demandés, donc en général, on apprécie ce qu'on demande » [...] « Tout ce qu'on a demandé, on a pratiquement tout eu » (aide soignante, hôpital privé, maternité).

Il apparaît que les effets de l'accréditation ressentis positivement concernent prioritairement les malades. De la démarche, les professionnels de santé retiennent des améliorations notables pour le confort, la sécurité, la communication et l'information du patient. Une approche comparative de type linguistique¹⁹³ de la perception de la qualité menée auprès de différentes catégories professionnelles montre également que les soignants se réfèrent plus souvent aux patients pour spécifier la notion de qualité. Par ailleurs, il faut préciser que la démarche d'accréditation tend elle-même à accorder une attention accrue à l'utilisateur, en particulier à sa satisfaction et à l'obtention de sa confiance.

À l'inverse, les changements affectant directement le contenu et l'organisation du travail des soignants sont à l'origine de sentiments mitigés. La procédure d'accréditation incite à la rédaction de protocoles, lesquels aux yeux des soignants incarnent des normes « idéales » définissant des comportements professionnels « parfaits »¹⁹⁴. Or, la mise en pratique de ces normes demeure fortement dépendante du contexte organisationnel de production des soins¹⁹⁵. Par exemple, le manque de temps et l'interruption des tâches liés à l'intensification de l'activité entravent les tentatives de réduction des risques face aux affections nosocomiales. Le fort turn-over au sein de certaines équipes réduit les possibilités de transmettre de manière satisfaisante les informations concernant les malades. L'environnement de travail peut donc constituer une source de contrainte pour la réalisation des soins.

De ce point de vue, la formalisation et l'évaluation de la qualité à travers l'accréditation interrogent les soignants. Cette démarche met essentiellement l'accent sur les indicateurs de résultats¹⁹⁶ (qui mesurent la satisfaction des patients à travers la performance clinique) et les indicateurs de procédures (qui renseignent sur l'organisation et les pratiques soignantes). Les propos des soignants soulignent la nécessité de tenir compte également des indicateurs de structures qui s'intéressent aux ressources humaines, matérielles et financières consacrées aux soins. La qualité des soins produits doit être également mise en rapport avec les conditions de travail (par exemple la pénurie de personnels, la mauvaise conception des locaux ou encore le manque d'instruments de travail). L'amélioration de la qualité passerait aussi par une amélioration de l'environnement de travail¹⁹⁷.

Par ailleurs, il apparaît que l'accréditation participerait elle-même à la dégradation des conditions de travail. La démarche serait à l'origine d'une multiplication des tâches administratives et d'une perte de temps considérable. L'étude PRESST-NEXT, volet français d'une étude européenne portant sur les conditions de travail des soignants, rapporte les mêmes conclusions : « Pour beaucoup des soignants interrogés, les procédures d'accréditation auraient finalement eu pour effet d'augmenter la charge de travail administratif. Le même

¹⁹³ J-P. CLAVERANNE, D. VINOT, S. FRAISSE, M. ROBELET, D. CANDEL, D. DUBOIS, P. MARCHAUDON (2003), *Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé*, Rapport de recherche GRAPHOS-CNRS, LCPE /LNST-CNRS.

¹⁹⁴ A. FERRAND (2004), « La tension normative : un état à la fois personnel et interpersonnel », *Normes et valeurs dans le champ de la santé* (coll.), Ed. ENSP, pp. 69-76.

¹⁹⁵ F. DOUGUET (2004), « L'ajustement des normes mobilisées par les professionnels de santé à l'égard des personnes souffrant d'insuffisance rénale », *Normes et valeurs dans le champ de la santé* (coll.), Ed. ENSP, pp. 185-196.

¹⁹⁶ Sur la typologie des indicateurs de qualité des soins, cf. E. MINVIELLE (2001), « Qualité des soins : approche organisationnelle », *Objectif soins*, n° 99, pp. 7-8.

¹⁹⁷ M. ESTRYN-BEHAR M. (2001), « Accréditation et qualité des soins hospitaliers. Interface entre les normes et les référentiels, et l'activité de travail réelle des soignants » in *Actualité et dossier en santé publique*, n° 35, pp. 71-73.

phénomène a d'ailleurs été constaté dans d'autres pays¹⁹⁸». Consommatrices de temps et d'énergie, les exigences procédurales imposées par l'accréditation conduiraient paradoxalement à affaiblir la qualité produite. Pour les personnels, la qualité réside dans la dimension relationnelle des soins. Or, les nouveaux modes d'organisation du travail ne permettent pas d'atteindre cette dimension ; le peu de temps passé auprès du patient devenant alors une plainte récurrente.

Enfin, pour les personnels que nous avons interrogés, la qualité des soins n'a pas besoin d'être recherchée ou d'être travaillée. La qualité relève d'une évidence. Au quotidien, chacun pense faire le maximum pour le soin des malades accueillis. Par exemple, en matière d'accueil, il paraît « naturel » de se présenter au patient, de frapper à sa porte avant d'entrer dans sa chambre, de l'informer sur le traitement qu'il va recevoir ; en matière d'hygiène, il « va de soi » que l'on se lave les mains avant de prodiguer des soins infirmiers ou que l'on désinfecte soigneusement les chambres accueillant des malades à risques, etc.. Ainsi, la qualité constituerait une sorte de valeur intrinsèque à l'activité soignante dont l'accréditation ne pourrait pas rendre compte.

¹⁹⁸ M. LORIOL (2004), « Accréditation, protocolisation et évolution du travail soignant », *L'individu social : autres réalités, autre sociologie*, XVIIème congrès international des sociologues de langue française, Tours, 5-9 juillet 2004, pp. 225-232.

Domaines concernés	Exemples d'évolutions constatées	Perceptions	Citations
Les règles d'asepsie	Port d'une blouse pour les soins ou de gants pour les prélèvements ; nouveaux produits d'entretien...	Positives : diminution des affections nosocomiales. Négatives : certains protocoles ne semblent pas efficaces, allergie à certains produits préconisés.	<i>« je trouve ça très bien, parce que ça coûte pas en fait, enfin ça ne coûte pas dans le sens où il faut enlever la montre ou il faut enlever la bague et le bracelet et c'est pas coûteux » ; « on a les nouveaux protocoles pour les préventions d'escarres, moi, j'aime pas trop ce produit-là, mais je l'utilise » ; « Normalement, il faut mettre des gants de ménage, mais moi, je ne les supporte pas, donc je prends des gants en vinyle ».</i>
Le matériel de soin	Biberons jetables, à usage unique, packs de matériel prêt à l'emploi (plateau « suture »)...	Positives : Simplification, allègement, voire suppression de certaines tâches ; confort du patient	<i>« on n'a plus besoin de stériliser les biberons » ; « les bébés ont moins de diarrhées »</i>
L'équipement	Des fauteuils équipés d'accoudoirs, des coussins d'allaitement, des lits électriques...	Positives : confort des patients et des soignants (pénibilité physique amoindrie)	<i>« dans le temps, il fallait lever la césarienne, la faire asseoir, il faut soulever le lit comme ça, alors qu'avec les lits électriques, vous appuyez le bouton ».</i>
L'accueil du patient	Le livret d'accueil, les protocoles d'accueil	Positives : les protocoles sont utiles dans certains services. Négatives : l'accueil devrait être évident	<i>« la première chose que l'on fait, c'est se présenter au patient »</i>
Les prestations hôtelières	Amélioration de la qualité des repas servis	Positives : participe au confort du malade	<i>« avant on servait des plats trop relevés aux enfants »</i>
Les instructions de travail	Les protocoles de soins	Positives : harmonisation des pratiques d'un service à l'autre, efficacité des tâches, production de soins de qualité, sécurité du malade. Négatives : certaines tâches vont de soi et le contenu de certains protocoles est discutable.	<i>« ce qui est bien au milieu de tout ça, c'est que les soins sont faits comme ils doivent être faits ». « c'est une question de bon sens » ; « il faut savoir mesurer et voir la situation » ; « on a l'habitude de faire » « Au niveau du ménage, on a des protocoles à respecter, des produits à ne pas mélanger, bon, c'est vrai que quelquefois, ça nous fait un petit peu bondir quand, on voit qu'on va nettoyer avec de l'eau de javel, alors que l'eau de javel n'a jamais nettoyé, donc on le dit une fois, on le dit deux fois, et puis après pff ».</i>
Les instructions de travail (2)	La formalisation et la standardisation des prescriptions médicales	Positives : une plus grande clarté dans les instructions, moins de confusions et de risques d'erreurs. Négatives : les efforts ne durent qu'un temps.	<i>« les médecins doivent préciser sur les feuilles de prescription la date, l'heure et leurs noms » « mais très vite les mauvaises habitudes reviennent »</i>
Les mesures de traçabilité	Les feuilles de traçabilité des produits et matériels utilisés en bloc opératoire	Négatives : perte de temps dans les situations d'urgence, manque de fiabilité du processus, dépréciation de la fonction soignante.	<i>« dans l'urgence, quelquefois on passe à côté, et on s'en fiche » ; « on n'est même plus à notre travail » ; « on est presque caissière du bloc opératoire » ; « c'est rajouter les bretelles à la ceinture » ; « si un jour il y a procès, vous avez collé une étiquette qui avait dépassé la date de péremption, on peut la décoller » ; « toujours en écrire en plus ».</i>
La communication	Les transmissions ciblées	Positives : garder trace une trace écrite des actes effectués (en cas de plainte). Négatives : surcharge de travail, ne permettent pas de rendre compte de la réalité du travail, compliquées à mettre en œuvre, réduisent la possibilité de l'expression personnelle et subjective, manque de fiabilité, absence de formation.	<i>« les papiers, c'est de la folie » ; « on a appris sur le tas » ; « j'aimais bien écrire, avant je faisais un petit récit »</i>

Tableau de synthèse des changements ayant affecté l'activité soignante à l'issue de l'accréditation

IV. Les collectifs de soignants face aux transformations de l'organisation du travail : entre interdépendance et coopération

Si les effets engendrés par les transformations dans l'organisation du travail apparaissent occuper une place importante, ces derniers ne doivent pas occulter les processus d'ajustements déployés par les professionnels. En effet, les professionnels ne subissent pas passivement les modifications organisationnelles, mais interprètent au contraire les nouvelles normes de travail. Les transformations de l'organisation du travail dont il est question ici sont celles que nous avons présentées antérieurement, à savoir les évolutions telles qu'elles sont perçues par les professionnels et celles qui résultent de l'introduction de nouvelles règles dans les services (y compris celles introduites par l'accréditation). D'un point de vue sociologique, cette question peut être appréhendée dans deux cadres théoriques et conceptuels, le premier relève du courant américain interactionniste et le second de l'approche stratégique. Dans les pages suivantes, nous nous attacherons à exposer l'intérêt de ces deux perspectives pour l'objet de notre étude et montrerons comment celles-ci sont à même de donner du sens aux discours recueillis auprès des professionnels soignants.

1. L'approche interactionniste du milieu hospitalier

La sociologie interactionniste¹⁹⁹ propose une approche du milieu hospitalier qui met l'accent sur les interactions de face à face ainsi que sur les arrangements entre acteurs qui rendent possibles la réalisation du travail. Les travaux d'Erving GOFFMAN et d'Anselm STRAUSS sont les plus saillants dans ce domaine. Après avoir rappelé les principales conclusions de ces auteurs, nous examinerons les données recueillies à la lumière de ces apports.

1-1. Les adaptations secondaires comme moyens d'échapper aux normes formelles

Erving GOFFMAN s'est intéressé aux effets de l'institution psychiatrique sur les malades²⁰⁰. Il montre que les personnes hospitalisées ne se soumettent pas de manière passive aux contraintes imposées par l'institution et qu'elles développent des formes de parade pour prendre distance par rapport au rôle que l'organisation entend leur faire jouer. Ces stratagèmes qualifiés par l'auteur d'« adaptations secondaires » (secondary adjustment) représentent le moyen d'échapper aux normes imposées par la structure hospitalière.

Cette notion d'adaptation secondaire s'avère également productive pour faire apparaître la manière dont les professionnels eux-mêmes élaborent collectivement des moyens pour échapper à une tentative de programmation et de normalisation de leur activité de soin. Nous l'avons vu, les effets de l'accréditation sont fréquemment perçus en termes de contraintes supplémentaires pesant sur l'activité, mais pour autant, les personnels ne se contentent pas de subir passivement ces dernières. Par exemple, interrogés sur l'observance des protocoles de soins instaurés dans leurs services, certains professionnels déclarent : « chez nous, c'est olé, olé » ou « on fait au feeling ». Ceci étant, les auteurs de ces propos exagèrent quelque peu leurs commentaires afin d'insister sur la marge d'autonomie dont ils disposent face à

¹⁹⁹ Le courant interactionniste (ou deuxième école de Chicago) s'est développé aux États-Unis dans les années soixante. Privilégiant une méthodologie qualitative (entretiens, observations directes), ces sociologues étudient les faits sociaux à partir des interactions entre les individus.

²⁰⁰ E. GOFFMAN (1968), *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Les éditions de Minuit, coll. Le sens commun.

l'organisation formelle de leur activité. En réalité, le travail de soin demeure l'objet d'une certaine organisation, même informelle, dont les professionnels sont partie prenante.

1-2. La négociation comme régulation des relations au sein des collectifs de travail

Anselm STRAUSS²⁰¹ note que les organisations hospitalières sont soumises à de nombreux changements -tant internes qu'externes- et que celles-ci parviennent pourtant à se maintenir dans le temps. Il s'interroge plus précisément sur les mécanismes qui contribuent à cette stabilité institutionnelle. A cet égard, on peut souligner que l'introduction des nouveaux modes de production des soins et la mise en place des démarches qualité constituent les transformations majeures ayant récemment affecté les établissements de santé. En dépit de ces bouleversements, on peut constater que ces structures continuent à fonctionner et demeurent relativement stables. Pour quelle raison ? Selon STRAUSS, la singularité²⁰² des organisations sanitaires contraint ses acteurs à la négociation. Les professionnels sont obligés de négocier pour mener leur travail à bien et pour maintenir une part d'ordre dans l'organisation (*ordre négocié*). La négociation constitue l'un des modes de régulation des relations de travail et repose sur des accords, des marchandages, des arrangements, etc. Pour STRAUSS, c'est plus largement toutes les relations humaines qui reposent sur ce principe de la négociation ; l'ordre social est alors un ordre négocié. Plus récemment, François DUBET²⁰³ précisait que l'hôpital, mais aussi l'école, ne sont plus des cathédrales de déclaration et de réalisation des valeurs (centrées sur le dévouement ou l'aide par exemple à l'hôpital), mais des productions d'éternelles négociations et de compromis instables entre les individus et les groupes. Ce que l'auteur nomme le « déclin du programme institutionnel » désigne la transformation du modèle d'intervention sur autrui formaté au nom de valeurs universelles, telles que le progrès, la raison ou l'intégration. Plus profondément, il s'agit d'une mutation fondamentale dans ce qui constitue la société démocratique. Celle-ci n'est plus unifiée autour du programme institutionnel, mais segmentée en groupes et en individus dont les subjectivités, désormais plus affirmées, peuvent entrer en conflit, qu'ils soient usagers, consommateurs ou bien producteurs des politiques sociales. Dans ce contexte, F. DUBET estime que l'institution hospitalière en tant que réalité transcendant l'individu est désacralisée et remise en question, ses acteurs se retrouvent alors dans l'obligation de justifier leurs actions.

Dans les établissements de santé contemporains, les changements organisationnels semblent être à l'origine d'une multiplication des mécanismes de négociation à l'intérieur des équipes soignantes. De nombreuses expressions relevées dans le corpus des entretiens illustrent cette tendance : « *on bricole* » ; « *on gère* » ; « *on se débrouille* » ; « *on improvise* » ; « *on essaie de faire au mieux* », etc. Ainsi, on négocie avec des collègues pour trouver le matériel dont on a besoin pour réaliser des soins, on se débrouille pour trouver un lit pour un malade en attente, on parlemente avec le médecin pour qu'il accepte d'examiner tel malade, on gère un patient agité pour maintenir le calme dans le service, etc. La pénurie en personnels soignants, les absences non remplacées, l'intensification de l'activité, la complexification des pathologies et des traitements, le poids croissant des tâches administratives liées à la recherche de qualité, etc. contraignent de plus en plus les personnels à composer avec l'organisation prescrite du travail. Ces mécanismes de négociation sont particulièrement prégnants dans les services où l'activité de soin est difficilement

²⁰¹ A. STRAUSS et al., (1992), « L'hôpital et son ordre négocié » in *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, coll. Logiques sociales, pp. 87-112.

²⁰² Celle-ci est essentiellement liée au fait que l'organisation hospitalière emploie un personnel très hétérogène et très segmenté (en termes de profession, de formation, de valeurs, etc.).

²⁰³ F. DUBET (2002), *le déclin de l'institution*, Paris, Le Seuil.

programmable à l'avance, à l'instar des unités d'urgences par exemple : « *on ne sait pas sur quoi on va tomber* » dit une professionnelle des urgences. L'urgence et l'enjeu vital mobilisent les énergies et favorisent la collaboration entre les différents membres de l'équipe²⁰⁴. Malgré cette imprévisibilité et cette incertitude dans le déroulement du travail, on relève une certaine part d'ordre et d'organisation, même si celle-ci n'est pas visible d'emblée : « *ça peut paraître brouillon parce que tout le monde est là* » (aide-soignante, CH, urgences). Dans ces conditions, l'organisation du travail s'élabore au cours même de l'activité et repose sur des processus permanents de négociation au sein des équipes. Par exemple, des accords se font, se défont et se refont au sujet de la meilleure façon de soigner les patients.

1-3. Les conditions propices à une négociation efficace

Cependant, il apparaît que toutes les équipes ne parviennent pas à mettre en œuvre un système de négociation efficace. Celui-ci requiert quelques préalables. Ainsi, les différents membres du collectif doivent reconnaître mutuellement leurs compétences professionnelles, y compris celles qui ne relèvent pas des attributions officielles liées à leurs fonctions respectives : « *je ne suis qu'aide soignante, mais je suis capable de voir quand même : voyant mon patient dans mon box, non ça ne va pas* » (aide-soignante, urgences). La reconnaissance par les pairs et par la hiérarchie paramédicale et médicale²⁰⁵ des savoirs et savoir-faire des différents membres de l'équipe conduit à instaurer un cadre de confiance : « *même la surveillante nous dit, vous pouvez être fières de ce que vous faites* » [aide-soignante évoquant les gestes de prévention des escarres]. Chacun sait qu'il peut compter sur ses collègues dont les compétences professionnelles sont collectivement reconnues ; cette « plate-forme » de professionnalité est essentielle pour pouvoir bien faire son propre travail : « *Oui, mais même d'un côté ou de l'autre, il suffit d'un côté qui finit plus vite, mais on s'entraide entre nous de toute façon, on bascule de l'autre côté pour aider la collègue pour finir en temps avec tout le monde, pour que tout le monde ait fini en même temps. Donc si une collègue de l'autre côté n'a pas fini, on bascule de l'autre côté ou si l'autre côté a fini avant nous, ils basculent de notre côté pour venir nous aider de toute façon. On arrive toujours à s'entraider.* » (Aide-soignante, établissement mutualiste de rééducation, service de grands brûlés). Cette reconnaissance s'accompagne d'une homogénéisation des pratiques individuelles. Effectivement, plusieurs enquêtés ont insisté sur la nécessité d'avoir la « *même façon de travailler* », dans le cas contraire, c'est l'ordre négocié se trouve menacé. Une aide-soignante explique que dans son service de long séjour « *l'ambiance s'est dégradée* » depuis l'arrivée d'une nouvelle collègue dont elle « *n'aime pas la façon de travailler* » [sa collègue n'a pas les mêmes pratiques que les autres membres de l'équipe au regard du contenu et de l'organisation des tâches] et ajoute : « *il suffit d'une personne pour que le travail d'équipe soit complètement anéanti* ». Pour quelques enquêtés, une grande hétérogénéité dans les pratiques des uns et des autres présenterait une menace pour le patient (pour sa sécurité, son confort, etc.). Plus largement, c'est la cohésion du groupe qui se trouve mise en danger par la présence d'un professionnel « non-conforme » à la norme dominante du collectif.

²⁰⁴ Les interactions entre les professionnels des urgences ont été décrites de manière très fine par J. PENEFF et celle des professionnels en soins palliatifs par M. CASTRA : J. PENEFF (1992), *L'hôpital en urgence. Étude par observation participante*, Paris, Métailié, coll. Leçons de choses ; M. CASTRA (2000) « Le principe de coopération entre professionnels comme fondement de l'organisation du travail en soins palliatifs in *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail* (G. CRESSON, F-X. SCHWEYER), Rennes, Éditions ENSP, coll. Recherche, santé, social, pp. 207-219.

²⁰⁵ Mais également par les malades.

Par ailleurs, une négociation efficace présuppose l'existence d'un sentiment d'équipe, c'est-à-dire l'impression d'appartenir à une communauté soudée, qui dépasse les clivages professionnels imposés par la division formelle du travail : « *On part du plus petit, de l'agent jusqu'au cadre en passant par le médecin, les responsables administratifs, c'est vrai qu'on ne fait qu'un, c'est un service assez uniforme* » (aide-soignante, CH, secteur gériatrique). Certains vont jusqu'à qualifier leur équipe de « *petite famille* » ou encore de « *cocon* ».

L'émergence et la pérennité de ce sentiment collectif imposent de posséder un certain nombre de choses en commun, parmi lesquelles :

- des valeurs de travail communes : le plus souvent centrées sur le malade, son confort et son bien-être (mise en avant de la dimension relationnelle du soin, importance de la prise en charge de la douleur, attention accrue au respect du secret médical, etc.).
- des règles de travail partagées : qui guident les conduites de chaque professionnel face à une situation donnée. Par exemple, dans une maison de retraite, une équipe a élaboré ses propres règles pour la prévention des escarres (ces soins priment sur les tâches d'entretien des locaux) et pour l'accompagnement des personnes en fin de vie (lesquelles doivent être « *gardées jusqu'au bout* » dans le service qui les accueille depuis plusieurs années).
- des expériences et une histoire communes : liées à l'ancienneté dans le métier et à l'ancienneté au sein d'une même équipe de travail. On note que les collectifs où le sentiment d'équipe est le plus fort sont ceux dont la composition est quasiment inchangée depuis plusieurs années (les professionnels parlent alors d'*équipes « d'anciens »*).

À l'inverse, certains facteurs constituent des freins importants à la négociation. De ce point de vue, le turn-over –qui tend à s'accroître– ne permet pas d'offrir pas un cadre suffisamment stable et intégrateur aux professionnels. Sur cet aspect, certains dénoncent la mise en place de « *pools de remplacements* » et les nouveaux modes de gestion des ressources humaines : « *faire tourner tout le monde partout, c'est une grosse erreur* ». Ces nouvelles conditions conduisent à la déperdition des savoirs, des pratiques et des règles élaborées collectivement et peuvent alors mener à une « *dégradation de l'ambiance* », voire à l'émergence de tensions et de conflits allant parfois jusqu'à l'émiettement et l'éclatement des collectifs de travail. La multiplication des « *risques d'erreur médicale* » est également signalée dans ces contextes.

Plus globalement, c'est l'intensification de l'activité qui est perçue comme étant à l'origine de l'affaiblissement des collectifs. L'idée de « *surcharge de travail* » est fréquemment associée à l'existence de tensions entre les membres de l'équipe et à une dégradation de l'ambiance : « *on ne se voit même plus de toute façon, on se croise à peine, des fois on n'a même pas eu le temps de dire bonjour parce qu'on est toutes dans notre secteur et puis c'est très tendu, il y a trop de travail, on n'est pas assez nombreuses* » (infirmière, AP-HP, chirurgie).

En outre, plusieurs enquêtés évoquent les effets liés à l'intégration de « *jeunes* » professionnels (« *jeunes* » en âge et en métier) au sein d'équipes jusque là composées d'« *anciens* ». Le rajeunissement des équipes et la confrontation des différentes générations au travail sont appréhendés comme des éléments concourant directement à la fragilisation des collectifs de travail : « *Je pense qu'il y a quelques années, c'était plus sympathique, parce qu'on était plus d'anciennes* » (infirmière, CHU, bloc opératoire). Comme nous l'avons

souligné dans la partie précédente, la jeune génération soignante fait l'objet de représentations quasi-systématiquement défavorables et déficitaires. Les jeunes manqueraient : de motivation ; d'organisation ; d'écoute ; de compétences techniques ; de conscience professionnelle, etc. La dichotomie entre les valeurs et les pratiques perçues de l'ancienne et de la nouvelle génération rendrait improbable la constitution de collectifs forts permettant la mise en place de processus de négociation, chacun travaillant alors « *dans son coin* ».

1-4. La négociation comme réponse à une réglementation du travail équivoque

Par ailleurs, selon STRAUSS, c'est aussi la particularité de la réglementation du travail à l'hôpital qui impose la négociation aux personnels. L'auteur dégage les caractéristiques des règles de travail dans l'univers :

- Elles ne sont pas exhaustives, dans le sens où personne ne les connaît toutes.
- Elles ne sont pas clairement établies : les professionnels ne savent pas toujours à quelles situations précises elles s'appliquent.
- Elles ne sont pas clairement contraignantes : les acteurs n'ont pas toujours idée des sanctions auxquelles ils s'exposent en cas de non-respect des consignes.

Au final, la réglementation d'un établissement de santé apparaît équivoque, mal connue et peu respectée par ses personnels. Cette situation tient à l'existence d'une forte rotation des salariés dans ces structures ainsi qu'à l'oubli de certaines règles. Les nouvelles règles imposées par la hiérarchie sont généralement respectées, puis le temps passant elles tombent en désuétude, et finissent par être oubliées. Sur ce point, une infirmière (AP-HP, chirurgie pédiatrique) indique qu'à la suite de l'accréditation « *les médecins ont fait des efforts* » pour rédiger correctement leurs prescriptions, et que « *très vite, les mauvaises habitudes sont revenues* ». Ces périodes de relâchement alternent avec des périodes de rappel des règles. Ainsi, pour plusieurs professionnels, la démarche d'accréditation aurait constitué l'occasion de rappeler certains principes « *de base* » aux professionnels qui les auraient oubliés (notamment pour ce qui concerne l'asepsie).

De plus, la hiérarchie, en particulier le sommet hiérarchique, tolère dans une certaine mesure les infractions et les relâchements. Les directions, qui ont parfois tendance à penser que la prise en charge des malades ne peut se faire dans un cadre de règlements rigides, laissent volontiers place à l'innovation et à l'initiative individuelle. Le personnel pouvant ainsi disposer d'une certaine autonomie face aux malades et à leurs familles. À l'inverse, la mise en application d'un système formalisé de règles risquerait d'engendrer des conflits, lesquels pourraient affecter le bon fonctionnement et le rendement de l'hôpital. Ainsi, plusieurs professionnels interrogés reconnaissent ne pas respecter certaines règles formelles de travail (non-respect des protocoles, des prescriptions médicales ou de la répartition des tâches par exemple) en précisant qu'ils n'ont pas d'autres « *choix* » que celui-là pour mener à bien leur travail. L'infirmière de bloc opératoire soumise à une double activité n'est plus en mesure de respecter les principes d'asepsie : « *des fois, on est sur deux salles à la fois, on fait le grand écart* » ; dans le cas contraire, elle remet en question la réalisation du travail collectif. Un infirmier (AP-HP, immunologie) qui dispense des soins et des actes diagnostics sans prescription médicale afin de maîtriser au mieux un flux important d'admissions non programmées se retrouve dans une situation proche : « *vous savez pertinemment que nous n'avons pas le droit de faire des gestes de la sorte sans prescription, mais si on attend des prescriptions, c'est terrible parce que ça nous retarde* ». Bien souvent, la surcharge de travail et la pénurie en personnels sont mises en avant pour justifier des transgressions qui ne

semblent jamais être sanctionnées. Cette absence de sanction pourrait témoigner d'une forme d'acceptation passive de ces écarts à la règle par la hiérarchie. Puisque les soignants « s'arrangent » de conditions de travail difficiles en enfreignant les normes, il ne leur sert à rien de revendiquer l'amélioration de celles-ci (demandes d'embauche de personnels, de remplaçants en cas d'absence, etc.). En échange, les directions toléreraient les manquements à la règle. En ce sens, l'organisation officielle du travail s'appuie sur des modalités d'organisation informelles négociées au sein des équipes. L'obligation de négocier tient donc également à la transformation des règles formelles et à l'élaboration de règles informelles.

Les concepts interactionnistes d'adaptation secondaire et de négociation ont pour point commun de faire apparaître la capacité des professionnels à composer avec les règles officielles de l'institution et par-là même à affirmer leur autonomie. Dans cette perspective, ce sont les professionnels -et plus largement tous les acteurs impliqués dans la structure, y compris les malades et leurs familles- qui sont à l'origine de l'organisation du travail. Cette première approche sociologique du fonctionnement des collectifs de travail dans les établissements de santé peut encore être éclairée par les apports de l'analyse stratégique.

2. Le point de vue de l'analyse stratégique

2-1. De la coopération à l'émission des équipes soignantes

L'analyse stratégique développée par Michel CROZIER se penche sur les phénomènes de pouvoir qui émergent au sein des organisations²⁰⁶. Reprenant ces principes théoriques et méthodologiques, Françoise GONNET s'efforce de rendre compte du fonctionnement des collectifs de travail au sein d'un hôpital caractérisé d'organisation « complexe »²⁰⁷. Cette complexité induit une grande diversité des modalités de fonctionnement des équipes de travail, ainsi « deux unités de soins ayant les mêmes critères objectifs : pathologies, nombre de lits, effectifs, organisation du travail peuvent présenter un fonctionnement extrêmement différent... Il y aura donc chaque fois à comprendre les modes de fonctionnement adoptés par chaque ensemble humain pour répondre aux contraintes qui lui sont imposées, aux missions qu'il se donne, aux problèmes qu'il a à résoudre »²⁰⁸.

F. GONNET souligne que, dans certaines conditions, les relations de travail au sein des équipes peuvent être conflictuelles. Pourtant, la prestation directe auprès du malade repose sur la coopération et la coordination des différents personnels. Ce cloisonnement constaté entre les différents professionnels impliqués dans la production des soins résulterait d'une spécialisation et d'une division croissantes des tâches hospitalières. En effet, depuis plusieurs années, on a vu se multiplier les nouveaux métiers et les nouvelles fonctions en réponse aux évolutions médicales, techniques et administratives. En outre, la recherche de la qualité s'appuie sur de nouvelles procédures de définition précise des attributions des tâches qui prennent la forme de fiches de poste ou encore de protocoles destinés à telle ou telle catégorie de professionnels (certains protocoles s'adressant spécifiquement aux infirmières, d'autres aux aides-soignantes). Ces procédures mettent l'accent sur le découpage des tâches autour du malade et sur l'interdépendance des professionnels qui les produisent. Les lieux de travail

²⁰⁶ L'ouvrage fondateur de cette approche est : M. CROZIER, E. FREIDBERG (1977), *L'acteur et le système*, Paris, Seuil.

²⁰⁷ Pour une synthèse des travaux de l'auteur se reporter à : F. GONNET (1993), *L'hôpital en question(s)*, Paris, Lamarre.

²⁰⁸ F. GONNET (1988), *Opération miroir, une méthodologie d'analyse et de mise en œuvre du changement à l'hôpital*, document réalisé à l'initiative de la Direction des hôpitaux.

sont aussi l'objet d'une telle division : la sectorisation disperse les soignants dans différents espaces de travail. Ce mouvement semble entrer en contradiction avec le modèle de prise en charge « globale » des malades revendiqué par les soignants et leurs institutions, modèle qui repose quant à lui sur une relation plus partenariale des divers acteurs du soin. En réalité, les multiples catégories de professionnels tendent à devenir et plus en plus indépendantes les unes des autres et à se contraindre mutuellement, voire à entrer dans un processus de concurrence (chacune ayant tendance à vouloir faire reconnaître prioritairement ses interventions). Cette situation serait à l'origine des conflits observés dans certaines équipes.

D'autre part, dans un univers de travail marqué par la maladie, la mort et la souffrance, les soignants développent des formes de résistance et d'ajustement pour pouvoir faire face à ces situations difficiles. Or, lorsque ces dernières ne peuvent être mises en place ou lorsqu'elles se montrent inefficaces, l'angoisse ne peut plus être contenue et l'on peut alors voir surgir des tensions au sein des équipes.

En dépit de cette complexité et de cette insécurité, les équipes soignantes parviennent la plupart du temps à mener à bien leur travail et les organisations demeurent au final relativement stables²⁰⁹. L'extrait suivant en témoigne : « **Donc vous travaillez beaucoup par binôme, c'est ce que vous indiquez, et puis vous formez une petite équipe. Et comment ça fonctionne cette organisation en binôme, ça fonctionne correctement ? Ça fonctionne bien oui. Il y a l'équipe du matin qui arrive à 6h45, donc fait le premier tour, injection, tout ce qui faut faire et commence les pansements et les toilettes et ceux qui arrivent de coupe, en général gèrent les transfèrent. Ceux qui arrivent à 9h gèrent les transferts et les chambres et puis les retours. Il n'y a jamais de conflits entre les aides-soignantes et les infirmières ? Non Est-ce que ce sont toujours les mêmes aides-soignantes qui travaillent avec les mêmes infirmières, comment ça se passe ? Non, on fait des roulements, donc toutes les infirmières tournent avec toutes les aides-soignantes. Obligatoirement ? Oui, les aides-soignantes ont un roulement de 16 semaines comme nous, et en fait, le contenu n'est pas le même, les jours de repos ne sont pas forcément les mêmes, on se retrouve que sur les week-ends en fait. On fait un week-end sur deux, on travaille toujours avec la même équipe et sur la semaine on tourne avec tout le monde. D'accord. Et des conflits, non il n'y a pas, c'est étonnant mais il n'y en n'a pas. L'entente est toujours un peu près la même d'un binôme à l'autre ? Oui. La clinique a changé de site, il y a 11 ans maintenant, et ce service n'a ouvert il n'y a que six ans, donc en fait c'est un service qui a été recréé. Pour la circonstance ? Oui et qui est le même depuis six ans, avec quelques changements puisqu'il y a une personne qui est partie sur la Rochelle, mais autrement c'est la même équipe depuis six ans. D'accord et vous pensez que c'est ça qui On travaille toutes de la même manière, donc c'est vrai que ça aide beaucoup. » (Infirmière, clinique mutualiste, chirurgie).**

Comment expliquer ce type de constat ? Selon F. GONNET plusieurs éléments rendent la coopération possible dans ce contexte : des éléments qui tiennent à la position des différents professionnels et à leur rapport à l'activité d'une part, et des éléments qui favorisent la fédération des équipes d'autre part.

2-2. Les facteurs de cohésion des équipes

En dehors de la maîtrise et de la reconnaissance collectives des compétences et des gestes techniques déjà évoquées plus haut, l'existence d'un système d'information et de

²⁰⁹ Sur ce point, voir plus particulièrement : F. GONNET (1989), « Les relations de travail à l'hôpital : entre complexité et insécurité » in *L'hôpital à vif*, Paris, Autrement, Série Mutations, n° 109.

communication efficace ainsi qu'une identité professionnelle élargie contribuent à la coopération au sein des collectifs de travail.

2-2-1. Une bonne circulation de l'information

Ainsi, l'analyse des entretiens tend à faire apparaître que les services où la coopération est la plus forte et la plus efficace sont ceux qui parviennent à organiser régulièrement des « réunions d'équipe » ou autres « staffs » qui rassemblent l'ensemble de la hiérarchie professionnelle (des agents jusqu'aux médecins chefs de services) et l'ensemble des équipes soignantes impliquées dans le fonctionnement de l'unité (par exemple, tout est mis en œuvre pour permettre aux personnels de nuit de participer aux réunions organisées dans la journée). L'information circule à la fois dans le sens vertical (du bas jusqu'au haut de la hiérarchie) et dans le sens horizontal (entre les différents professionnels d'une même catégorie). Ces réunions sont perçues comme constructives puisqu'elles sont l'occasion d'échanger collectivement au sujet des malades, de voir comment chacun contribue au résultat global et de réaffirmer des objectifs communs malgré l'exercice de fonctions différentes : « on a des staffs ensemble [avec le « patron »] on rigole, on dit des choses » (infirmier, AP-HP, immunologie).

Plus globalement, dans les services où la coopération est la plus forte, la quantité d'informations échangées est importante et les supports utilisés pour ces échanges sont nombreux et variés (dossiers, cahiers, tableaux d'affichage,...). Ainsi, les transmissions soignantes effectuées à l'occasion des changements d'équipes reposent sur des échanges à la fois écrits et oraux d'informations portant sur chaque le malade afin de lui apporter une prise en charge jugée de qualité, c'est-à-dire à la fois « globale » et « personnalisée ». L'efficacité de cette communication repose également sur l'existence d'un langage commun, voire d'un langage inédit propre au collectif de travail (langage indigène). Une aide-soignante (établissement privé, maternité) expose les modalités d'un système de codage de l'information propre à son équipe afin de respecter la confidentialité des données transmises (un triangle figurant près d'un nom pouvant signifier qu'une jeune mère connaît des difficultés relationnelles avec son bébé, et que toute l'équipe doit y être attentive). On constate que les pratiques de ces équipes concourent aussi à l'élaboration d'une éthique et d'une déontologie communes.

À l'inverse, un système de communication inorganisé et segmenté (informations transmises rapidement par bribes dans le couloir par exemple) freine la coordination des différents personnels et perturbe la bonne marche du travail : « oui, alors, est-ce que tu en sais plus ? Et puis on fait deux pas et puis il y a quelqu'un d'autre qui dit ben non, donc il faut savoir laquelle est la dernière information et laquelle est la bonne » (infirmière, CHU, bloc opératoire).

2-2-2. Glissements de tâches, coopérations et identité soignante élargie

Les nouvelles modalités d'organisation des soins spécifient clairement les tâches et les fonctions des agents qui les exécutent (cf. recension de la littérature). Ce mouvement de division du travail soignant repose la définition précise des rôles des uns et des autres : certaines tâches doivent être réalisées par les aides-soignantes tandis que d'autres relèvent prioritairement des attributions de l'infirmière. Pourtant, la description que les soignants font de leur activité réelle amène à expliciter le rapport que ces derniers entretiennent avec le travail prescrit par l'institution. Les récits des personnes rencontrées laissent effectivement

entrevoir l'existence d'un décalage entre la division théorique des rôles et son application dans la pratique. Cette organisation plus informelle de l'activité soignante est alors centrée sur la coopération. F. GONNET précise que la coopération autour du malade est facilitée par une identité professionnelle très large à l'intérieur d'une fonction. Cette identité transversale permet tout d'abord la reconnaissance d'une spécificité et d'une capacité que le professionnel est le seul à détenir et dont le service a absolument besoin pour fonctionner. Elle permet ensuite une coopération très large et spontanée sur des domaines qui concernent plusieurs catégories comme l'hygiène ou une coopération dans des moments de suractivité et d'urgences où l'entraide est impérative.

D'une manière générale, les personnes enquêtées déclarent adhérer aux principes régissant la répartition formelle des tâches et des acteurs qui les réalisent : « *Mais non en général, les gens font bien leur fonction et font bien leur travail en fonction de la réglementation. Il y a des fiches de poste, on a créé des fiches de poste avec la cadre du service, aussi pour les gens qui arrivent bien sûr mais pour rappeler aussi à tout le monde, ce qu'on fait quand on le fait, sur une journée, quel est le déroulement de la journée pour l'aide-soignante, pour l'infirmière qui s'occupe de tel secteur* (infirmière de bloc, CHU). Les professionnels justifient leur conformité aux normes organisationnelles par les risques auxquels ils s'exposent en cas de manquement à la règle : « *au cas où* ». En quelque sorte, c'est la crainte de la sanction (une mise à pied, une procédure judiciaire, etc.) qui motive leur obéissance. Ainsi, la plupart des enquêtés ont fait référence à la notion de « *responsabilité* », dans le sens où leur responsabilité « *personnelle* » peut se trouver engagée en cas de non-respect des rôles et des fonctions imposés par l'institution (l'un des effets de la division du travail réside dans la possibilité d'identifier l'auteur d'un acte – puisque les attributions sont prévues d'avance – et d'établir une chaîne des responsabilités). En référence à la sociologie weberienne, l'autorité dont il est question ici est de type *rationnel légal*²¹⁰. Celle-ci repose sur l'observation de règles abstraites et impersonnelles auxquelles chacun doit se soumettre. Pour Bernard HONORE, cette forme d'autorité incarnée par les directions administratives hospitalières tend à s'imposer de plus en plus fortement en raison d'une nouvelle forme de *management* impulsée par les impératifs économiques liés à la maîtrise des dépenses de santé²¹¹.

Toutefois, une analyse plus fine du contenu des entretiens amène à souligner l'écart existant entre ces discours et l'activité réelle décrite par les professionnels eux-mêmes. En effet, dans bien des cas, cette activité est soumise à des contraintes qui amènent à prendre de la distance par rapport aux règles prescrites. Dans les situations d'urgence et de surcharge d'activité ou lorsque les effectifs en personnels s'avèrent insuffisants et les absents non remplacés, on voit émerger des pratiques d'entraide inter catégorielles se situant en dehors du cadre légal de l'organisation du travail. Les soignants parlent alors de « *coups de main* » entre collègues ou entre secteurs et de « *solidarité* ». Dans ces moments, la division formelle des tâches est assouplie : l'infirmière réalise des tâches relevant des attributions aides-soignantes (« *passer le bassin* », « *faire les changes* », « *faire les lits* », « *servir les plateaux-repas* »), l'aide-soignante exécute des actes infirmiers (« *prise des constantes* », « *distribution des médicaments* »), et le médecin des tâches non médicales (« *il pousse les brancards* »).

²¹⁰ M. WEBER, 1971 [1922], *Économie et Société*, Paris, Plon.

²¹¹ Pour l'auteur, cette ligne d'autorité rationnelle-légale (celle de l'administration) s'oppose de plus en plus à l'autorité charismatique (celle des médecins). B. HONORE (1990), *L'hôpital et son projet d'entreprise*, Toulouse, Privat.

Loin d'être anarchiques, ces glissements de tâches obéissent à des principes instaurés par chaque collectif de travail. Aussi, le contenu des coopérations varie d'une équipe à l'autre en fonction des modalités de régulation mises en place par le collectif. Par exemple, une aide-soignante précise : « *il y a des choses qui restent absolues* » comme les injections, les prises de sang et les mélanges de médicaments qui demeurent du seul ressort de l'infirmière : « *c'est de sa responsabilité, c'est important* ». Finalement, pour l'ensemble de l'échantillon enquêté, il apparaît que les glissements de tâches ont leur limite, tout n'est pas permis (les collectifs exerçant alors une forme de contrôle sur les activités individuelles). On peut cependant noter que dans certaines unités, les principes informels régissant l'activité réelle des soignants ne font pas l'objet d'un consensus d'équipe, chacun tendant à établir ses règles personnelles en matière de glissements de tâches. Une aide-soignante (hôpital privé, soins intensifs) indique qu'elle observe scrupuleusement la division inter-catégorielle du travail (ce qui est apprécié par les infirmières), mais qu'elle s'autorise dans des situations bien précises (lorsque sa collègue infirmière est débordée) à réaliser des actes infirmiers. Or, ces règles ne sont nullement partagées avec le reste du collectif de travail et en particulier avec les paires professionnelles : « *je suis l'une des rares aides-soignantes qui ne fait pas les médicaments parce que je trouve c'est aussi une responsabilité* ». Dans ces conditions, les possibilités de coopération entre les différentes catégories de soignants sont affaiblies. En outre, certains professionnels exercent une forme de sélection des collègues avec lesquels les processus de délégation ou de glissements de tâches sont envisageables. Les propos d'une aide-soignante (centre hospitalier public, secteur gériatrique) illustrent parfaitement ces formes d'affinités électives : « *Il y a certaines infirmières qui vont nous faire confiance, et d'autres moins, bon après je pense que ça dépend du feeling qu'on a avec la personne, il y a des infirmières qui vont nous demander, bon c'est peut-être pas toujours bien, mais de donner les médicaments, les médicaments préparés parce que nous, on ne les prépare pas, ce n'est pas de notre responsabilité, on n'a pas le droit de faire ça, mais de mettre les médicaments sur les tables, bon les tables, il y a les noms écrits sur les pieds de table, on n'a pas à se tromper normalement, tout est préparé, on a juste à poser les médicaments ou leur faire prendre. L'infirmière nous met les médicaments sur un plateau avec les noms, on va leur faire prendre les médicaments. Donc il y en a qui vont nous le laisser faire facilement et d'autres qui préfèrent le faire* ». Souvent, ces modes de triage des collègues conduisent à écarter les jeunes professionnels en raison de la non-reconnaissance et de la dépréciation de leurs pratiques par les plus expérimentés (cf. remarques faites au sujet des effets générations plus haut), au point que dans certaines équipes, les processus de collaboration et de délégation ne se mettent en place qu'entre « *anciens* ». En outre, les plus jeunes eux-mêmes paraissent plus soucieux du respect de la répartition formelle des rôles et refuseraient plus fréquemment que les « *anciens* » de contribuer à ces pratiques d'entraide. Cette situation tient au fait que les plus jeunes ont été fortement sensibilisés à la réglementation du travail soignant au cours de leur formation (ce qui n'est pas le cas des plus anciens). L'évolution du contenu de la formation expliquerait donc, pour partie, la variation des rapports aux normes au sein des différentes générations de travailleurs.

Dans certains services, à l'exemple des urgences, les chevauchements de tâches et les collaborations inter professionnelles sont permanents et constituent de véritables modes de fonctionnement des groupes de travail. L'entraide entre les collègues des différentes catégories professionnelles y est quasiment obligatoire pour le bon déroulement du travail : « *on est obligé, parce que si je ne pousse pas le brancard, je ne vais pas attendre le brancardier* » ou « *c'est l'aide-soignante qui voit le malade en premier. Bon après le médecin voit le patient qui prescrit des soins à faire, donc là souvent par habitude, on a déjà anticipé* » (aide-soignante, CH, urgences). Cette collaboration étroite repose d'abord sur un accord tacite

entre deux catégories d'acteurs : ainsi l'aide-soignante sait qu'elle peut compter sur l'intervention immédiate du médecin dans le cas où elle ne parviendrait pas à maîtriser la situation. Le processus repose aussi sur l'existence de protocoles formels (auxquels chacun se réfère quelle que soit sa catégorie professionnelle) qui autorisent ces délégations officielles : « *On improvise, mais bon en sécurité* ». Assez paradoxalement ici, l'organisation informelle prend appui sur l'organisation formelle (alors que cette dernière vise au contraire à restreindre ce type de fonctionnement). Les aides-soignantes se sentent valorisées par le fait de travailler en collaboration étroite avec le corps médical et retirent une forte satisfaction de la réalisation des tâches infirmières en lien avec leur plus grande technicité : se comparant aux collègues des autres services qui « *font beaucoup de nursing* », elles jugent leur travail « *plus intéressant* ». Occupant une position intermédiaire dans la hiérarchie socioprofessionnelle des services de soins, les infirmières sont également très concernées par ces glissements de rôles, tant vers le haut (réalisation de tâches relevant des attributions médicales) que vers le bas (tâches relevant des attributions aides-soignantes). Si les glissements du médecin vers l'infirmière sont dans l'ensemble source de valorisation – notamment lorsqu'ils concernent des actes diagnostics ou techniques²¹² –, les glissements s'opérant de l'infirmière vers l'aide-soignante sont plus ambivalents. Pour certains professionnels, ces glissements ne sont pas admissibles alors que pour d'autres ils sont envisageables dans quelques situations bien précises (par exemple l'infirmière ayant terminé son travail peut se proposer d'aider une aide-soignante n'ayant pas fini le sien). Analysant le fonctionnement des équipes hospitalières dans les années cinquante, E. HUGHES²¹³ montrait déjà l'existence d'un processus de délégation des tâches sans noblesse, stigmatisées (*dirty work*) du haut vers le bas de la hiérarchie. Ainsi, les médecins délèguent certaines tâches aux infirmières, ce qui a pour effet d'entraîner une renégociation du partage des tâches entre les infirmières et les aides-soignantes. Les infirmières ont alors tendance à conserver des tâches jugées plus prestigieuses (celles qui se rapprochent le plus de la pratique médicale) et à confier le *sale boulot* aux aides-soignantes : « *tellement de choses leurs sont déléguées maintenant de par le médecin qu'elles sont quelquefois obligées de nous en donner un peu, mais c'est pas grand chose, c'est mettre un suppositoire* » signale une aide-soignante en secteur gériatrique. On peut penser que le refus de certaines infirmières de contribuer aux tâches aides-soignantes obéit à cette logique de *division morale* des tâches : elles conservent l'exclusivité des activités infirmières plus technicisées et valorisées et préservent ainsi leur identité professionnelle. A l'inverse, d'autres estiment que certaines tâches aides-soignantes à l'instar des actes de nursing (toilette, alimentation, etc.) relèvent pleinement des attributions infirmières et de son rôle « *propre* ». Ces actes de nursing constituent alors une espèce de socle commun de la fonction soignante (rassemblant les fonctions infirmières et aides-soignantes) et participe à la construction de l'identité élargie mise en évidence par F. GONNET.

Enfin, ce type d'organisation centrée sur les chevauchements de tâches et la collaboration inter catégorielle est aussi très fréquemment observée au sein des équipes de nuit. Ces dernières sont semble-t-il réputées pour leur « *forte solidarité* », qui aux dires des intéressés eux-mêmes « *ne se retrouve pas dans les équipes de jour* ». Les pratiques d'entraide la nuit tiennent probablement à l'obligation de collaborer au sein d'une équipe réduite (au duo aide-soignante / infirmière souvent) ainsi qu'à l'absence de toute autorité hiérarchique (les cadres infirmiers et les médecins ne sont en général pas présents la nuit).

²¹² Ces glissements sont sources d'insatisfaction quand les tâches qu'ils concernent sont déjà fortement dévalorisées dans le cadre de la pratique infirmières, c'est le cas pour certaines tâches administratives.

²¹³ E.-C. HUGHES, (1984 [1971]) « Social Role and division of Labor », *The sociological Eye. Selected Papers*, Transaction Books, pp. 304-310.

2-2-3 La mobilisation des collectifs de travail face à la souffrance et à la violence

Nous venons de montrer que la cohésion des équipes soignantes et la coopération entre leurs membres rendent possible la réalisation des tâches en dépit de conditions de travail défavorables. Au-delà de ces constats, il apparaît que la mobilisation du collectif constitue également une source de soutien mutuel face à l'absence de reconnaissance et de considération de la part de la hiérarchie voire des malades. Le caractère protecteur du groupe repose sur l'existence d'une forte interconnaissance, laquelle nécessite encore une fois la stabilité et le maintien des équipes dans le temps : « *ça nous permet de survivre, de ne pas perdre le moral, on arrive à se soutenir [...] On en a marre, on a le cafard, l'équipe est là . [...] On se connaît par cœur, on se voit à l'extérieur, c'est quand même des rapports très privilégiés* » (aide-soignante, urgences de nuit, CH). En outre, l'appartenance à une équipe soudée permet de faire face aux situations les plus angoissantes (situations marquées par la souffrance physique et psychique des malades et par la mort). De nombreux soignants déplorent l'absence de soutien psychologique formalisé (l'intervention d'un psychologue ou l'organisation de groupes de parole principalement), et plus largement l'absence de prise en compte de cette forme de souffrance collective par la hiérarchie. Le rapport au groupe permet alors de faire face à ces situations : « *On fait notre psychologie de comptoir [...] On n'est pas reconnues, on n'est pas soutenues, on a rien nous, on va très bien !* » (aide-soignante, urgences de nuit, CH) ; « *C'est le café qui nous soutient et les éclats de rire quand on est ensemble. On tire à la dérision des problèmes qui sont graves. Sinon on passerait notre temps à pleurer* » (infirmière de bloc opératoire, CHU). Cependant, il semble que ces modes informels de soutien tendent à s'affaiblir en raison du *turn-over* croissant au sein des équipes.

Cette sécurisation morale et psychologique se double d'une fonction de protection vis-à-vis des risques d'agressions auxquels sont soumis la plupart des soignants. Les récits relatant des scènes de grande violence physique et verbale de la part des malades ou de leurs proches sont redondants dans le corpus d'entretiens : coups de pieds, coups de couteau ou de cutter, tentatives d'étranglement, insultes et menaces, etc. Ces violences peuvent également s'exercer à l'encontre des locaux et des dispositifs matériels. Si certains services (les urgences, les services de nuit, les unités fermées et isolées, etc.) et certains établissements (implantés dans des quartiers dits « sensibles » de la région parisienne par exemple) paraissent plus exposés que d'autres, la violence constitue une préoccupation majeure chez les professionnels. Les enquêtés ont presque tous expérimenté la violence, directement ou indirectement (les victimes pouvant être des collègues proches) ou craignent d'être confrontés à une telle situation un jour ou l'autre. Certaines équipes, parmi les plus solidaires, sont parvenues à instaurer des modes de défense à cet égard. Ceux-ci consistent à mobiliser l'ensemble du collectif pour faire face à l'agresseur qui menace un membre du groupe : « *Au moindre bruit suspect, tout le monde arrive, on se protège tous* » (aide-soignante, équipe de nuit, urgences, CH) ; ou alors à déléguer ce rôle à un ou deux professionnels qui sont en mesure de maîtriser la situation (cas des hommes dans les équipes fortement féminisées) : « *Mes collègues de nuit, elles sont contentes déjà que je sois avec elles. On a mis une barre de fer à côté de la porte, en fait c'est un pied de (?) et à côté de la banque. Non mais ce n'est pas des conneries, c'est vraiment un problème du nouveau service, parce que l'ancien service, il était fermé à clef, personne ne pouvait rentrer. Ici, c'est des portes battantes, en plus des fois, alors je ne sais pas pourquoi, il y a des portes qui claquent* » (infirmier, service de grands brûlés, équipe de nuit, CHU).

2-2-4. Le rôle régulateur du cadre soignant dans les équipes

D'autres facteurs participent à la régulation du fonctionnement des unités de soins, notamment la fonction du cadre infirmier. De par la place centrale qu'il occupe dans le service, le cadre peut jouer un rôle fédérateur au sein des équipes de travail. La fonction intégrative du cadre correspond à ce que Michel CROZIER nomme le rôle du *marginal sécant* qui peut être défini comme « le pouvoir d'un acteur qui est partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres et qui peut, de ce fait, jouer le rôle indispensable d'intermédiaire et d'interprète entre des logiques d'actions différentes, voire contradictoires. Le voyageur de commerce, avec son capital de relations extérieures, mais aussi l'ouvrier responsable syndical, dont le comportement peut être déterminant dans le déclenchement d'une grève, en sont des exemples parmi d'autres »²¹⁴.

Cependant, pour jouer efficacement ce rôle et parvenir à impulser la collaboration au sein de son équipe, le cadre se doit de posséder certaines qualités et compétences. Ces qualités doivent être connues et reconnues par les différents professionnels afin que l'autorité qui découle de la fonction du cadre apparaisse légitime. Dans le cas contraire, l'équipe peut se trouver dans des situations de tensions, voire de conflits conduisant à l'éclatement du collectif : « *sinon chacun va dans son coin* » indique une aide-soignante.

En premier lieu, l'adhésion des personnels à l'autorité du cadre impose à celui-ci de demeurer un praticien des soins performant (voire même plus performant que les autres membres de l'équipe). Effectivement, les professionnels déplorent l'absence de pratique de certains cadres, leur manque de technicité et dénoncent leur éloignement du terrain des soins et des malades : « *nous chez nous, notre cadre de jour, elle est incapable de prendre un patient en charge, elle ne sait pas comment marche les scopes, elle sait rien faire, vraiment c'est dramatique. Alors pour moi, ce serait son boulot primordial, une élève infirmière, une jeune infirmière arrive, c'est elle qui la note, donc c'est à elle de s'en occuper, de lui faire voir comment marche le service, moi, pour moi, un cadre, ça doit être un super infirmier, qui soit au courant de toutes les dernières techniques du service et être capable de le transmettre aux infirmières et ça pff* » (infirmier, CHU, services de grands brûlés). À l'inverse, les cadres ayant conservé une pratique, mais aussi une identité infirmière sont salués et reconnus positivement : « *quelqu'un de formidable, qui était cadre donc qui n'est plus infirmière, qui n'avait pas oublié qu'elle était infirmière, qui retroussait ses manches, qui donnait un coup de main quand il y avait vraiment beaucoup de boulot, qui faisait sa tournée dans toutes les chambres tous les jours, donc les patients savaient qu'il y avait une surveillante. Ils connaissaient qui c'était et elle, elle connaissait les patientes, elle connaissait les patientes autant que nous. Donc, elle est partie, elle a été remplacée six mois après seulement, bon c'est vrai qu'il ne faut pas en parler mais c'était tout à fait incomparable et qu'on ne peut pas s'empêcher de, et on a vu une énorme différence* » (infirmière établissement privé, gynécologie-obstétrique).

Comme il a déjà été souligné (cf. partie consacrée aux transformations de l'hôpital), les professionnels rejettent massivement la nouvelle figure du cadre *manager* centrée exclusivement sur des fonctions administratives et organisationnelles²¹⁵ : « *les cadres sont*

²¹⁴ M. CROZIER, E. FREIDBERG (1977), *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, p. 7.

²¹⁵ Parmi les personnes interrogées, certaines font fonction de cadres ou bien ont un statut d'infirmier référent dans leur service (sans pour autant être titulaires du diplôme de cadre de santé). Plusieurs préfèrent continuer à occuper ces fonctions de façon informelle plutôt que de « *faire l'école des cadres* » et de risquer d'y perdre leur pratique et leur identité de soignant de terrain.

tellement cantonnés au niveau de leur ordinateur, au niveau de la paperasserie » (infirmier AP-HP, immunologie). L'accréditation semble d'ailleurs avoir renforcé la dimension managériale du rôle de cadre infirmier dans la mesure où les cadres ont été les agents essentiels de la procédure avec les directions hospitalières (cf. partie sur l'accréditation). De plus, certains cadres sont discrédités aux yeux des personnels parce qu'ils ne parviennent pas à assurer certaines tâches liées à cette fonction de *management*. Dans le corpus des entretiens, la difficulté des cadres à organiser les plannings des personnels apparaît à plusieurs reprises (certains allant jusqu'à signaler que ce sont les équipes elles-mêmes qui établissent leurs programmes de travail). La nouvelle génération de cadres *manager* est fréquemment mise en opposition avec la génération d'autrefois : celle des « *surveillantes* » promues à l'ancienneté et au mérite. Dans les discours recueillis, on voit poindre une certaine nostalgie à l'égard de cette ancienne figure de surveillant(e) : « *Dans ma jeune carrière, à mes débuts, on voyait régulièrement les cadres et même les surveillantes générales avoir vraiment le temps d'aller dans les chambres, ce qui n'est pas le cas* » (infirmier, AP-HP, immunologie).

En second lieu, le cadre infirmier capable de mobiliser son personnel est celui qui occupe une fonction carrefour en matière de communication et d'information. En qualité d'interlocuteur privilégié des médecins, des soignants et de l'administration, le cadre est placé au centre des logiques professionnelles souvent divergentes et peut de ce fait contribuer à assurer le lien régulateur entre celles-ci. Le cadre fait circuler l'information entre les différentes catégories professionnelles, en la faisant remonter vers le haut de la hiérarchie (par exemple les doléances des soignants) et en la faisant redescendre vers le bas (en organisant des temps d'échanges). Le cadre fédérateur est celui qui est en position d'écoute par rapport aux membres de l'équipe : « *sentir qu'on a quelqu'un à notre écoute, c'est très important* » dit une aide-soignante exerçant en maison de retraite. Le cadre s'efforce de régler les problèmes de travail des soignants dans la concertation : « *c'est la caisse de résonance. Quand il y a quelque chose qui ne va pas, les gens, en général vont voir le cadre pour lui en faire part. Donc c'est un petit peu le cadre qui reçoit toutes les demandes, surtout quand c'est négatif d'ailleurs, quand il y a des problèmes* » (Infirmière CHU, bloc opératoire) ; « *Donc on essaie, c'est nous agents et aides-soignants qui les connaissons [les résidents de la maison de retraite] bien qui proposons, on propose, on en parle avec les infirmières et on propose à notre surveillante, notre cadre et c'est elle qui dit, oui vous avez raison, faites ça. On lui en parle toujours avant, on n'a jamais décidé* ».

En troisième lieu, le cadre capable d'impulser la collaboration au sein de son équipe et celui qui agit avec une certaine fermeté, qui peut dire « non » et trancher face à certaines situations conflictuelles. Quelque part, l'exercice de l'autorité du cadre repose sur une part de charisme : « *on avait aussi une surveillante qui n'avait pas la poigne pour leur dire [aux aides-soignantes] vous êtes là assises à ne rien faire, vous allez nettoyer le matériel des infirmières* » (infirmière, CHU, bloc opératoire).

Néanmoins, ce rôle fédérateur s'avère de plus en plus difficile à tenir. La spécialisation et la complexité des activités médicales éloignent progressivement les cadres du contenu des traitements. Comme ils sont surchargés de tâches administratives, ils s'éloignent aussi des problèmes de travail du personnel et des contacts directs avec les malades : « *Les cadres, ils s'en foutent, ça n'intéresse personne. Si souvent l'aide-soignante et l'infirmière : quand même la pauvre dame, voilà, mais le reste, vous ne pouvez pas changer et puis c'est vrai que les services sont surbookés, il y a un gros problème de lits de toute façon, c'est sûr* (aide-soignante, CHU, urgences). En outre, la démarche d'accréditation tend à renforcer le rapport de subordination des personnels soignants à l'égard des cadres. Comme il a été souligné dans

la recension de la littérature, l'analyse de l'accréditation soulève aussi la question du conflit dans la mesure où l'élaboration et l'application des règles ne peuvent être séparées d'une relation hiérarchique. Tout ceci accroît les attentes, les déceptions, les tensions et souvent les conflits ouverts autour de la fonction du cadre. Aussi, celui-ci parvient de plus en plus difficilement à tenir un rôle fédérateur. Dans certains cas, c'est la fonction de cadre qui est inexistante. Ces situations tiennent encore au contexte de pénurie en personnels : une enquêtée explique que le cadre a quitté le service il y a deux ans et qu'il n'a pas été remplacé depuis. Les cadres supérieurs peuvent alors être des relais. Cependant, ceux-ci sont contraints de *manager* plusieurs services à la fois et sont trop éloignés de chacune des équipes pour pouvoir assurer efficacement une fonction intégrative. D'ailleurs, officiellement, les cadres supérieurs ne sont pas des cadres de proximité, mais bien des cadres de secteur et certains enquêtés indiquent ne jamais croiser le cadre supérieur dans leur service.

Par conséquent, dans certaines équipes, ce sont d'autres professionnels non-cadres qui peuvent avoir cette fonction fédérative. Il peut s'agir de médecins occupant ou non une fonction de chef de service : « *c'est lui faisait tourner le service, quand il disait quelque chose tout le monde le suivait, tout le monde était d'accord. Cet anesthésiste-là, c'était vraiment la référence du service* » (infirmière, CHU, service de grands brûlés). En dehors même des soignants qui font fonction de cadre, certains peuvent jouer ce rôle et sont alors qualifiés de « *piliers* » par les autres membres de l'équipe. Dans la plupart des cas, ce sont des personnes qui ont une longue expérience du métier et une grande ancienneté dans le service (« *très anciens* »). Un infirmier de classe supérieure (AP-HP, immunologie-hématologie) qui a refusé une promotion et une formation de cadre de santé pour demeurer auprès des malades se définit lui-même « *comme le référent au niveau du service* ».

Conclusion

La recherche de la qualité et la volonté de maîtriser les coûts liés à l'hospitalisation ont impulsé de nouveaux modes d'organisation du travail dans les services de soins. Centrés sur la définition des attributions, la division des tâches et des espaces d'exercice, ces nouvelles modalités conduisent les professionnels à travailler de façon plus indépendante, cloisonnée. Les soignants se succèdent auprès des malades pour y accomplir des tâches pour lesquelles ils sont compétents et se retrouvent alors en situation d'interdépendance. La production des soins repose désormais sur l'intervention d'une multiplicité d'intervenants dont les fonctions sont fortement différenciées.

Or, les professionnels de terrain sont nécessairement amenés à concevoir de nouvelles modalités d'intervention auprès du patient et à redéfinir les pratiques et l'organisation au travail afin de faire face aux contraintes et aux incertitudes pesant sur l'activité. Ceux-ci sont conduits à collaborer, à coordonner leurs actions mutuelles pour soigner le malade (cela se traduisant par un assouplissement de la division du travail, un chevauchement dans la répartition des tâches, etc.). Le bon fonctionnement des équipes repose de plus en plus sur cet impératif de collaboration, qui en vient à constituer un véritable fondement du travail des soignants en établissement. L'interdépendance obligée devient coopération. Aux yeux des soignants, ces pratiques collectives donnent un sens à l'activité (chacun contribue individuellement à une œuvre commune) et surtout participent à la qualité des soins produits. En effet, pour la plupart des soignants, des soins qualifiés de « qualité » sont ceux qui se montrent efficaces (dimension technique du soin), soucieux du confort du malade (dimension de *nursing*) et centrés sur la relation au patient (dimension relationnelle). Cette *approche*

globale du patient constitue une valeur centrale du métier soignant qui peut se concrétiser dans le cadre des pratiques coopératives.

Cette tendance n'est pas propre aux services de soins. On la retrouve pour l'ensemble des activités relevant du domaine de la santé, de l'éducation et du travail social²¹⁶. Pour François DUBET, ces activités partagent la caractéristique d'être du travail *sur autrui*, c'est-à-dire des « activités salariées, professionnelles et reconnues qui visent explicitement à transformer autrui ²¹⁷ ». Le contexte du travail sur autrui a fortement évolué au cours des dernières années. Le processus de ciblage des publics et de personnalisation du service rendu ont fait émerger des spécialisations toujours plus fines et l'accentuation de clivages entre les corps professionnels. De la même façon, les nouveaux soucis d'économie politique et de *management* ont fait considérablement évoluer le cadre du travail pour autrui. Pour le sociologue « nous glissons insensiblement d'une gestion des appareils par la conformité aux normes vers une gestion par l'évaluation des résultats²¹⁸ ». Dans ces conditions, le travailleur se trouve soumis à une **obligation paradoxale de liberté et de résultat** : « il est à fois plus autonome, il peut et doit « se débrouiller », et plus contraint, parce qu'on essaie de savoir ce qu'il produit²¹⁹ ».

²¹⁶ Notons que cette importance accordée à la coopération n'est pas non plus spécifique à ces trois domaines : P. ZARIFIAN souligne cette tendance également dans les entreprises et les industries. P. ZARIFIAN (1996), *Travail et communication. Essai sociologique sur le travail dans la grande entreprise industrielle*, Paris, PUF, coll. Sociologie d'aujourd'hui.

²¹⁷ F. DUBET (2002), *Le déclin de l'institution*, Paris, Le Seuil.

²¹⁸ Op. Cit.

²¹⁹ Op. Cit.

Conclusion générale

La réalisation d'une post-enquête suppose de dépasser l'opposition entre deux démarches méthodologiques (quantitative et qualitative), et de pouvoir compléter et approfondir les premiers résultats statistiques obtenus. Dans cette optique, le travail effectué par notre équipe visait à montrer les incidences des *nouvelles formes d'organisation du travail* au sein des établissements de santé sur le vécu des professionnels soignants. Cependant, la relative jeunesse des démarches liées à l'accréditation hospitalière en France ne nous permet pas d'évaluer précisément l'ensemble des répercussions d'une telle organisation. Notre travail appelle à la réalisation d'enquêtes plus approfondies sur le sujet. En effet, les discours et les explications fournis par les professionnels mélangent plusieurs paramètres dont certains effets sont liés à l'accréditation.

Néanmoins, nous estimons qu'un certain nombre de points peuvent d'ores et déjà être retenus pour fonder des axes de recherche sur la thématique élargie des nouvelles formes d'organisation du travail et du rapport à l'activité qui en découle.

Par ailleurs, mesurer les incidences de l'accréditation sur les professionnels paramédicaux présume également que les changements éventuels aient eu lieu. Or, une partie de nos résultats tend à montrer que les effets de l'accréditation dépendraient fortement du contexte organisationnel dans lequel s'inscrit cette politique. Ainsi, dans les services où la culture de la formalisation des tâches existait déjà, l'accréditation a eu peu d'impact. En effet, il apparaît que dans ces services deux facteurs coïncident pour atténuer les effets de cette démarche. Le premier serait lié plutôt à la compétence propre de l'équipe soignante. Celle-ci facilite une élaboration concertée des normes qui témoigne de l'existence d'une *adaptation primaire* plus souple. Les membres de ces équipes peuvent ainsi afficher une conformité avec la règle de l'accréditation tout en conservant un espace d'autonomie. Ce constat est différent de celui présenté par DUYMEDJIAN dans les entreprises à fort potentiel technique où s'observe une individualisation des normes plutôt qu'une collectivisation de celles-ci. D'un certain point de vue, un établissement hospitalier est une organisation hautement technique et à fort potentiel. Nous y trouvons des spécialités rares voire uniques. Paradoxalement, les services les plus techniques ne vont pas traduire l'injonction d'écriture des normes en actes individuels, leurs professionnels semblent à l'inverse employer cette situation comme une ressource pour atténuer l'impact et maintenir un ordre social. Le second facteur est lié aux caractéristiques propres au contexte organisationnel dans lequel les professionnels évoluent. En effet, l'environnement ne paraît pas ou ne représente pas une contrainte forte fixant le cadre de la conduite, mais est utilisé comme une ressource puisque c'est dans celui-ci que les professionnels trouveront les justifications, les arguments et les moyens pour contrôler l'introduction des procédures d'accréditation.

Aussi la mise en place de l'accréditation ne semble pas avoir joué un rôle identique, celui-ci variant en fonction du degré de participation des professionnels à la démarche. Plusieurs de nos interviewés semblaient être assez éloignés de la démarche et ne pas saisir les objectifs d'une telle politique. Cette ignorance ou méconnaissance de la procédure peut être saisie comme un indicateur de la faiblesse de pénétration des procédures ou bien d'une forme de résistance efficace ? D'après nos résultats, l'accréditation revêt aux yeux de certains professionnels une importance partielle et par conséquent, son impact est jugé très minime. Cette situation se trouve accentuée par la faible participation de certaines équipes et notamment des équipes de nuit. L'ensemble des professionnels rencontrés travaillant la nuit ayant une idée extrêmement approximative de la démarche et/ou n'en percevant pas les

répercussions immédiates. Enfin, l'impulsion de la politique elle-même ne paraît pas très crédible dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé et de pénurie du personnel. Comment appliquer des procédures qui exigent des compétences bien précises alors que les professionnels habilités à exercer ces fonctions se font rares ? Dans certains services, la démarche d'accréditation en elle-même a pu être repérée par les professionnels comme étant à l'origine d'une dégradation de leurs conditions de travail.

Toutefois, si certains professionnels nous dépeignent un tableau présentant une vision où l'impact de l'accréditation semble moindre ou faible, il n'en va de même lorsque l'on examine les discours sur la qualité et la coordination des équipes.

Pour la qualité, il paraît incontestable que celle-ci est omniprésente dans l'esprit des professionnels et nous avons tenté d'exposer les subtilités de l'exercice et de la pratique des professionnels paramédicaux pour mener leur activité. Il transparaît une casuistique professionnelle assez complexe facilitant l'exercice et l'évaluation collective du travail. De cette façon, la qualité est une valeur largement partagée par les professionnels. Toutefois, le contenu de cette qualité n'est pas le même que celui qui est défini par l'accréditation. Ce décalage montre l'existence d'une *vision indigène* de la qualité. Outre ce décalage entre les deux visions, il nous semble que la qualité résulte pour les professionnels de la possibilité de pouvoir arbitrer, au cours de la réalisation d'un soin, entre une dimension technique et une dimension relationnelle. Lorsque cette possibilité est contrainte, diminuée, voire inexistante, nous relevons l'expression d'un sentiment de souffrance dans les discours des soignants. Néanmoins, il nous paraît difficile de rendre compte plus précisément des autres situations à l'origine d'une souffrance dans la mesure où nous n'avons pas pu respecter scrupuleusement une démarche inspirée de la psychodynamique du travail (démarche reposant sur la demande volontaire d'un collectif de travail, sur la réalisation d'entretiens de groupes, sur des postulats axés sur l'organisation du travail et la subjectivité du sujet – cf. annexe)²²⁰. En revanche, l'étendu de nos entretiens et les différents contextes organisationnels investigués (spécialités des services et statuts des établissements diversifiés) nous montrent plutôt une certaine variation dans les vécus des professionnels ainsi qu'une plus grande résistance quelque peu différente des idéologies défensives telles qu'elles sont définies par C. DEJOURS.

C'est la raison pour laquelle, la démarche qualité et l'accréditation favorisent la cristallisation de l'ambivalence du travail hospitalier dans la mesure où celle-ci apparaît foncièrement liée à la nécessaire implication subjective des professionnels pour accomplir les actes quotidiens. Les risques de dysfonctionnement des collectifs de travail surgissent lorsque ces démarches cantonnent les professionnels à un rôle préfixé ou prédéterminé. Dans ces situations, nous avons observé que les soignants abandonnaient les modes de coopération et de coordination favorisant la bonne marche du travail au profit d'une certaine autonomisation et interdépendance dans l'exécution des tâches. Par ailleurs, il transparaît des analyses effectuées de la littérature que l'introduction des normes ou des démarches qualité ne produit pas un résultat univoque et précis. À l'opposé, les données issues de la littérature font apparaître une certaine nuance dans les effets qui sont fonction du contexte organisationnel, de la manière dont est perçue la démarche et de la façon dont la procédure est conduite. Les formes de régulation, pour reprendre la terminologie de J.D. REYNAUD²²¹, font que les effets des démarches sont très variables. De même, le contexte hospitalier offre une certaine similitude avec d'autres secteurs d'activité disposant de services ou d'ateliers de pointe et de

²²⁰ L'objectif et les conditions de réalisation des post-enquêtes ne le permettaient pas également.

²²¹ J-D. REYNAUD (1997), *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Paris, Ed. Armand Colin, 306 p.

personnel aux qualifications variées, points communs qui permettent d'envisager des comparaisons. Toutefois, cette ressemblance reste limitée dans la mesure où l'activité hospitalière dépend largement de la participation d'autrui.

Pour l'analyse des conditions de travail, quels enseignements pouvons-nous tirer de cette étude ?

Il nous semble intéressant d'évaluer l'impact des innovations organisationnelles et notamment des nouvelles formes d'organisation. L'hôpital évolue : son contexte législatif, les profils de ses professionnels, ses normes de travail, la pression accrue des pouvoirs publics, les attentes des usagers, etc. font que l'hôpital n'est pas une organisation figée. L'hôpital adopte de nouvelles formes d'organisation de son activité afin de rationaliser et de mieux maîtriser sa fonction première : la production des soins. Aussi, l'étude des évolutions organisationnelles permettrait-elle de compléter les informations récoltées. Dans cette optique les analyses développées par P. ASKENAZY²²² dans le domaine pourraient s'avérer une bonne source d'inspiration, à condition d'effectuer au préalable une exploration qui partirait de la connaissance directe de l'activité du travail. En effet, les établissements de santé sont hors normes. C'est la raison pour laquelle, l'élaboration d'un travail d'enquête sur les conditions de travail, doit dans la mesure du possible respecter les singularités d'un tel domaine (en usant d'une terminologie plus appropriée pour la rédaction, etc.). Ainsi, lors de nos entretiens, les exemples d'agressions évoqués par les soignants n'étaient pas rares. En effet, s'intéresser aux situations extrêmes permettrait de saisir les processus mis en place par les professionnels pour canaliser ou mieux gérer ces situations. Le principe serait de voir comment de telles situations sont contrôlées par les professionnels en particulier et par le milieu hospitalier en général. Enfin il serait judicieux d'introduire des indicateurs permettant d'évaluer les processus de sous-déclaration des accidents ou des maladies professionnelles pour mesurer ce phénomène et voir dans quelle mesure, il partage les mêmes éléments avec d'autres secteurs (la Dares ayant déjà réalisé plusieurs études à ce sujet). La question que l'on peut se poser c'est de savoir si le statut, le type d'activité ou les procédures administratives n'ont pas une incidence sur les déclarations.

²²² P. ASKENAZY (2004), *Les désordres du travail. Enquête sur le nouveau productivisme*, Paris, Ed. Seuil.

Annexe

La psychodynamique du travail

Dans un premier temps, nous exposerons les bases de la psychodynamique du travail notamment par rapport au modèle de mesure du stress. Dans un second temps, nous nous attarderons sur la spécificité même de la psychodynamique du travail pour terminer sur une réflexion portant sur les nouvelles évolutions de l'organisation du travail.

I- Rappel sur les modèles d'analyse des problèmes de santé au travail

L'analyse des évolutions de l'organisation du travail qui met en lumière la complexité des problèmes de santé au travail, se base sur des modèles d'analyse relevant de disciplines distinctes. P. DAVEZIES²²³ rappelle que les atteintes directes à l'intégrité corporelle par des facteurs physico-chimiques relèvent de l'épidémiologie pour ce qui est de l'investigation et de l'hygiène industrielle sur le versant de l'action. Les atteintes à la santé liées à un usage inapproprié ou excessif des hommes et des femmes dans le travail constituent le domaine traditionnel de l'ergonomie. Les perturbations de l'équilibre psychique et biologique liées aux atteintes à la dignité et à l'estime de soi relèvent, elles aussi, d'une approche particulière : la **psychodynamique du travail**. Il reprend dans la littérature internationale les différents modèles du stress professionnel en en montrant l'évolution au cours du temps²²⁴ et met en évidence les facteurs clés dans la compréhension des stratégies individuelles et collectives de défense contre la souffrance générée par les situations de travail²²⁵.

Le premier modèle étudié est celui de KARASEK (1970) qui fait ressortir deux types de facteurs « stressants », le niveau d'exigence et l'autonomie. Il s'avère en réalité que le niveau d'exigence en soi n'est pas prédictif des atteintes à la santé. Dans la théorie du stress, même la plus biologique, la question fondamentale est la suivante : en face des contradictions dans lesquelles ils sont pris, les individus ont-ils la capacité d'agir sur la situation ? La pathologie du stress est en corrélation avec le pouvoir d'agir, l'autonomie comprise comme un espace d'expérimentation dans lequel le sujet s'éprouve et cherche les voies de son développement. On se situe bien au-delà des réactions d'adaptation, il s'agit de pouvoir se manifester comme humain et non comme un rouage.

Ensuite, vers la fin des années 80, ce modèle évolue vers celui du stress biopsychosocial qui ajoute aux deux facteurs précédents un nouveau facteur : le soutien social. Ce modèle indique que les individus sont moins atteints par le stress s'ils bénéficient du soutien d'un entourage social cohérent, qu'il s'agisse d'un soutien technique, de l'aide et de la solidarité des collègues, de la compréhension de la hiérarchie. Ce modèle de stress biopsychosocial montre ainsi que c'est l'isolement au travail qui est un facteur de dégradation de la santé.

Puis, dans les années 90, un modèle plus complexe émerge, le modèle de SIEGRIST qui met l'accent sur la question de la reconnaissance nécessaire à l'équilibre effort/rétribution. La souffrance, le stress au travail seraient une conséquence du déséquilibre entre ce que le travailleur apporte (engagements, efforts, sacrifices) dans son travail et ce qu'il en retire

²²³ P. DAVEZIES (2001), « Transformations des organisations du travail et défis à la clinique médicale ». Intervention au congrès de l'Association internationale de médecine du travail, Paris juin 2001 (www.sdv.fr/aimt67/cong_aimt/Rt2.htm)

²²⁴ P. DAVEZIES (2003), « Le stress au travail : actualité », *Stress, pathologies et immunité* (Dir. J-M Thurin, N. Bauman), Paris, Flammarion, (Coll. Médecine-Sciences), pp 223-230

²²⁵ P. DAVEZIES, *Souffrance au travail : le risque organisationnel*, à paraître.

(gratifications matérielles et symboliques)²²⁶, ou quand dans le cas des services à la personne, il ressent un manque de réciprocité dans l'échange²²⁷.

M. LORIOL²²⁸ indique que de nombreuses études empiriques ont montré qu'il existait un lien statistique net entre le fait de penser que l'on donne plus de soi dans son travail qu'on ne reçoit en retour et le fait de déclarer souffrir de stress, de *burn out* ou de fatigue, mais que cette corrélation n'avait pas forcément la même force dans tous les milieux professionnels. Il cite une étude²²⁹ comparative entre des travailleurs sociaux et des infirmières qui montre que ces deux groupes ne conçoivent pas de la même façon la nécessité de participation du « client ». Alors que pour les travailleurs sociaux, une implication active des personnes aidées est nécessaire, les infirmières attendent plutôt de leurs malades une acceptation passive des prescriptions médicales. Ainsi, les premiers seront plus affectés que les secondes par le manque d'efforts de la part de ceux dont ils s'occupent.

Selon les données de l'Insee, un sentiment d'exploitation est exprimé par plus de 50 % des ouvriers et, fait nouveau, par 40 % des employés et 30 % des cadres supérieurs. DAVEZIES considère que le sentiment d'injustice est un facteur prédictif déterminant des atteintes à la santé.

Le secteur hospitalier représente aujourd'hui un enjeu majeur en termes de transformation et de contrôle du système de soins. Les nombreux conflits et mouvements ayant traversé le secteur depuis le début des années 1990 témoignent d'un sentiment fort et d'un attachement à une certaine forme de fonctionnement. Les professionnels de santé et notamment paramédicaux sont tantôt décriés, tantôt admirés par les hommes politiques, les experts, et les patients.

II- Quels sont les apports spécifiques de la psychodynamique du travail parmi les courants disciplinaires qui ont pour objet le rapport santé-travail ?

1. Qu'est-ce que la psychodynamique du travail ? ^{230,231,232,233}

La partie suivante se fonde sur l'exploitation d'une série d'ouvrages sur le sujet.

1-1. Par rapport au stress : un autre objet, une autre méthode

²²⁶ A.B. BAKKER, J. SIEGRIST (2000), "Effort-rewards imbalance and burn out among nurses", *Journal of Advanced Nursing*, 31, pp 884-891, cité par Loriol M., (2003) .

²²⁷ W.B. SCHAUFELI, A. BAKKER, C. SCHAPP (2001), "On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the burnout measure.", *Psychology and Health*, 16, pp 565-582, cité par Loriol M. (2003).

²²⁸ M. LORIOL, (2003), *Démêler les liens entre organisation du travail et santé mentale. L'exemple des services*. Intervention aux Journées médicales du CISME – 16 octobre 2003.

²²⁹ D. TRUCHOT, D. BADRE (2003), *Equity and the burn out process : the role of helping models*, *International Review of Social Psychology* (à paraître), cité par Loriol M., (2003).

²³⁰ C. DEJOURS, (2000), *Travail, usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*, Bayard

²³¹ A. BENSAID, C. DEJOURS (1994), *Psychopathologie et psychodynamique du travail*, Encyclopédie médico-chirurgicale, 16-535-P-10.

²³² C. DEJOURS, (1995), *Le facteur humain*, Paris, PUF (Coll. Que sais-je ?).

²³³ D. LÉBOUL, P. DAVEZIES (2004), *Quel apport de la psychodynamique du travail en entreprise ?* Intervention à la Journée-rencontre MSA de Bretagne et antenne bretonne de l'ANACT – Pontivy, 20 avril 2004 – Cahier des interventions (à paraître)

Objet : la souffrance au travail, la souffrance vécue par l'agent, souffrance considérée dans une acception dynamique.

Méthode : l'étude qualitative de ce qui motive la souffrance au travail ancrée sur l'expression, la parole de ceux qui la ressentent.

Sa visée n'est pas d'établir des corrélations entre les conditions, l'organisation du travail et des variables biologiques, psychologiques et sociales mais de saisir le sens qu'ont pour le sujet, sa situation et ses conduites. La démarche ne consiste pas en une approche descriptive et objective du milieu de travail et la quantification sur des échelles normées des capacités adaptatives de l'individu au milieu mais à soutenir, dans une perspective compréhensive, l'expression et l'explicitation par les agents eux-mêmes de la manière dont ils vivent les contraintes du travail, comment ils recherchent toujours à les minimiser ou les desserrer, à quelles limites ils se heurtent. C'est la dynamique subjective du rapport à l'organisation du travail qui est l'enjeu de l'investigation.

La psychodynamique du travail s'attache à analyser les processus psychiques qui se nouent à partir du travail et à élucider les conditions qui font du travail tantôt une source de plaisir tantôt une cause de souffrance, voire de pathologie mentale. Elle porte sur le drame vécu, son contenu et son sens pour celui qui le vit.

La dimension du vécu du travail est difficile à aborder, elle apparaît en général à travers un certain nombre de sentiments, de plaintes et de comportements qui ne concernent pas directement les conditions de travail au sens traditionnel, ce sont par exemple :

- l'expression de difficultés à assurer le travail, l'impression de ne pas y arriver quoi qu'on fasse, d'être confronté à des choix impossibles ;
- l'impression que les difficultés, les efforts et même les réussites ne sont pas reconnus ;
- le sentiment de dégradation du rapport au travail, découragement, perte des espoirs que l'on avait fondés sur la vie professionnelle, désintérêt, dégoût, repli sur des comportements formalistes, refus des responsabilités ;
- la perturbation des relations de travail, le développement de l'individualisme ou le fonctionnement en clans, les conflits avec les collègues, la hiérarchie ;
- la perturbation de la vie extra professionnelle, fatigue, difficultés à supporter les enfants, l'impression de parasitage de la vie familiale, etc.

Ces plaintes plus ou moins clairement formulées, ces comportements particuliers, orientent, si l'on perçoit bien que le problème posé concerne la santé, vers la réalité de la souffrance psychique au travail, et son origine est à rechercher du côté de **l'organisation du travail**.

Mais il faut porter une attention particulière au fait que les relations entre les organisations du travail et les atteintes à la santé (la santé mentale en l'occurrence dans son expression de souffrance psychique) ne sont pas directes. Elles supposent une médiation par un élément intermédiaire qui est le filtre perceptif et interprétatif du sujet, ce que traduit la notion de rapport subjectif à l'organisation du travail : deux individus ne seront pas affectés de la même manière par les contraintes du travail auxquelles ils sont soumis. Aussi pour analyser les relations entre la souffrance psychique et l'organisation du travail, il faut comprendre l'expérience même du travail.

Le travail est à la fois une expérience singulière et une expérience sociale, les investigations cliniques de situations de travail et les enquêtes en ont approfondi la compréhension et un certain nombre de concepts du champ théorique de la psychodynamique du travail, en tracent aujourd'hui les principaux repères. Reprenons-les le plus simplement possible :

1-2. La différence entre travail prescrit et travail réel

Toute la dimension énigmatique de l'expérience du travail tient à la différence mise en évidence par l'ergonomie, entre « travail prescrit » et « travail réel ».

L'ergonomie souligne que dans le travail, tout n'est pas prévu et que tout ne peut être prévu. Un travail qui peut être entièrement prévu, entièrement programmé est un travail pour les machines, pour les robots. Et encore, l'expérience montre qu'il est en général nécessaire de mettre derrière les robots un homme qui se charge des aléas. Pire, lorsqu'on donne à un homme un travail entièrement programmé, entièrement prévu – un travail de robot – l'imprévu que doit alors affronter cet homme, c'est la différence entre son fonctionnement et celui d'une machine. En d'autres termes, même dans les travaux les plus « simples », le travail n'est jamais une simple exécution. Il faut interpréter, improviser, ruser, imaginer.

1-3. Le plaisir au travail

Le travail comporte donc une dimension de création qui en fait une source potentielle de plaisir.

Parce que le travail n'est jamais pure exécution, il peut constituer une occasion d'exploration, d'invention, d'évolution personnelle. Parce que tout n'est pas prévu, parce que tout n'est pas joué d'avance, le travail peut avoir un caractère excitant. Cette fonction du plaisir au travail se maintient tant que le travail est une occasion de progression, de cheminement personnel, tant qu'il est susceptible de réserver des surprises. Elle s'épuise lorsque le travail devient routine, pure répétition. Le travail ouvre donc un espace de construction de la compétence et de l'identité. Envisagé sous cet angle, il est un facteur d'enrichissement, d'équilibre, de santé.

1-4. La souffrance au travail

Dans bien des situations le travail est très loin de remplir une telle fonction, le travail comporte une autre face, celle de la souffrance.

L'espace de liberté, de cheminement que le travail ouvre est en même temps un espace d'incertitude, d'inquiétude, d'échec de la mobilisation engagée dans la recherche du résultat. Cette dimension peut devenir dominante :

- Parce que la distance entre les consignes et ce qui est réellement possible est trop importante ;
- Parce que les moyens sont insuffisants ou inadaptés pour atteindre les objectifs ;
- Parce que le coût du travail est trop grand et épuise les individus ;
- Parce que la situation comporte des éléments, des risques par exemple, vis-à-vis desquels on se trouve désarmé...

1-5. L'équilibre du couple plaisir/souffrance

Il faut bien comprendre que l'expérience du travail comporte une dimension de souffrance irréductible. S'il y a malheureusement du travail sans plaisir, il n'y a pas réellement de travail sans souffrance.

Le travail est une expérience positive lorsque la souffrance se limite au mouvement de déception lié au contact avec une réalité qui ne répond pas aux attentes. La souffrance est alors l'aiguillon qui force l'exploration. Elle n'est alors qu'un moment, un élément déclenchant qui ouvre la voie à la satisfaction et au plaisir. Toute la difficulté réside dans la construction d'un équilibre entre plaisir et souffrance qui permette voire soutienne le cheminement des hommes. La difficulté c'est celle de l'organisation du travail en tant qu'elle sollicite l'apport contributif de l'agent et est le lieu social de la reconnaissance de sa contribution.

2. Le point crucial : l'organisation du travail

L'équilibre établi entre plaisir et souffrance au travail dépend du lien construit entre l'organisation prescrite et l'organisation réelle, entre la conception du travail et l'expérience du travail, entre les salariés et la hiérarchie dont ils dépendent. Que la dynamique de ce lien garantisse ou non l'équilibre, dans tous les cas, quand cela marche bien, comme quand ça ne marche pas, la question centrale est celle de la reconnaissance. Cet aspect a été peu investigué dans les études effectuées sur le sujet dans le secteur industriel alors que la démarche qualité propose dans sa philosophie même la participation accrue des salariés à la définition des nouvelles formes d'organisation du travail dans le but de mieux servir. Or, ce type d'argument ne peut que trouver l'adhésion totale des professionnels paramédicaux animés par une éthique professionnelle combinant le don de soi et la recherche d'une maîtrise technique. La reconnaissance peut être ainsi un enjeu majeur lors de la mise en place des démarches qualité.

2-1. Quand cela marche bien

La maîtrise du métier, la capacité à faire face aux situations inattendues, la découverte de nouveaux savoir-faire constituent une source potentielle de plaisir. Mais pour que la réussite soit vraiment une occasion de plaisir, il faut qu'elle soit reconnue. Une trouvaille, une réussite particulière ne prennent véritablement sens que dans la mesure où elles s'inscrivent dans le cadre de relations inter-humaines. Cette reconnaissance peut certes venir de l'utilisateur mais la véritable reconnaissance, celle qui valide l'innovation ne peut venir que des pairs et de la hiérarchie.

Lorsqu'un sujet quel que soit son niveau hiérarchique, pense avoir réussi une manœuvre particulièrement compliquée, atteint un objectif très difficile ou découvert une façon de faire plus élégante que la façon habituelle, il a besoin de partager sa découverte avec une personne susceptible de reconnaître la valeur de son apport. La reconnaissance par les pairs du « beau travail » se marque par l'incorporation de la trouvaille dans le patrimoine d'expérience professionnelle partagé par le collectif de travail. La reconnaissance par la hiérarchie de son utilité passe par l'adaptation de l'organisation du travail à cette nouvelle facette du métier.

L'activité professionnelle constitue pour le sujet une occasion de construction de son identité et de sa santé dans la mesure où l'investissement de sa personnalité dans le travail lui donne l'occasion de marquer de son empreinte l'organisation du travail.

2-2. Quand ça marche mal

La nécessité d'un ajustement de l'organisation du travail est plus clairement perçue en cas d'échec. Elle suppose la reconnaissance des difficultés, leur analyse et la recherche des modifications à opérer en termes d'objectifs, de moyens, de consignes, de modes opératoires. Les difficultés et la souffrance qu'elles impliquent, prennent alors sens car, ici encore, les efforts s'objectivent dans la contribution aux modifications de l'organisation du travail.

En fin de compte, la question pour l'organisation est celle de la reconnaissance du travail comme expérience sociale.

2-3. Le travail, une expérience sociale

Si le travail est une expérience sociale, il est trop généralement vécu comme une expérience individuelle, comme une expérience privée.

Du côté du plaisir : les salariés ont peu d'occasion de valoriser l'expérience accumulée, de la confronter à celle des autres, d'en mesurer le caractère généralisable, d'en extraire un savoir utilisable dans d'autres situations, d'enrichir de leur contribution le fonctionnement collectif.

Du côté de la souffrance : les difficultés liées à l'organisation du travail sont traitées par chacun comme des problèmes personnels, privés. Apparaissent alors des comportements paradoxaux, des comportements qui peuvent sembler irrationnels, irresponsables, mais qui deviennent compréhensibles si l'on accepte d'y voir la trace d'une souffrance qui ne trouve pas d'issue, pas de sens, au sein de la communauté de travail, et d'y voir la trace des mécanismes de défense contre la souffrance.

La découverte empirique la plus surprenante fut celle de **stratégies défensives** construites et organisées collectivement, plusieurs sujets font alliance et unissent leurs efforts pour construire des conduites défensives communes. Décrites par DEJOURS dans le bâtiment, la pétrochimie, elles ont en fait un caractère de grande généralité, elles existent dans tous les métiers. Elles sont destinées à lutter contre un risque réel en modifiant, en transformant, en banalisant la perception de la réalité qui fait souffrir, elles sont le résultat d'un processus psychique de déni de perception de la réalité. Elles fonctionnent comme un retournement du rapport subjectif aux contraintes pathogènes de l'organisation du travail, faute de vaincre leur rigidité. De victimes passives, les travailleurs se placent en position d'agents actifs d'un défi. Les ouvriers du bâtiment ont une attitude provocatrice de dérision du risque qui a pour fonction de conjurer la peur ; les employés de telle société du tertiaire s'auto-accélèrent pour réaliser plus d'objectifs de vente que ce qui leur est demandé pour vaincre la peur de ne pas y arriver, de ne pas être à la hauteur... Les stratégies défensives requièrent la participation de tous les intéressés aux règles qui les structurent. Celui qui n'y participe pas est exclu. Elles sont ambiguës : elles ont un caractère nécessaire pour gérer la souffrance, pour maintenir la normalité, cet équilibre psychique instable entre souffrance et défenses contre la souffrance, mais elles sont un frein au changement et ont une dimension d'aliénation ; on peut juger que certaines routines relèvent de ces constructions. Elles ont un impact sur le plan personnel, le sujet doit harmoniser son adhésion à une stratégie collective de défense avec ses propres mécanismes de défenses individuels, ce qui ne va pas sans soulever des difficultés. Enfin, elles ont une incidence sur la prévention et sur la formation.

2-4. Le triangle de la psychodynamique du travail

Quelle pertinence la conceptualisation de la dynamique de la souffrance au travail a-t-elle dans l'approche concrète des problèmes de santé dans l'entreprise ? Au plan théorique, la psychodynamique du travail propose un modèle à trois pôles. DEJOURS en 1993 a proposé pour le représenter un triangle : le triangle de la psychodynamique du travail dont les pôles sont :

- la subjectivité souffrante
- le travail comme mobilisation face au réel
- les relations sociales, tendues entre relations stratégiques et enjeux de reconnaissance.

Il ne s'agit donc pas seulement d'accueillir la souffrance mais d'analyser comment elle s'articule d'un côté sur le travail comme activité et de l'autre sur les relations sociales et les rapports sociaux de travail. Aborder les enjeux subjectifs du travail en oubliant l'un ou l'autre des trois pôles conduit à obscurcir la question et à se faire complice consciemment ou non des processus d'aliénation qui menacent la santé des salariés.

Ce modèle qui nous engage à tenir l'articulation de ces trois pôles (subjectivité – travail – relations sociales) constitue un véritable défi. On constate dans la réalité que les investigations et les analyses sont surtout focalisées sur les relations entre subjectivité souffrante et relations sociales de travail. En ne développant pas le pôle de l'activité, on néglige ce qui constitue la ressource la plus importante dont disposent les personnes pour transformer les situations auxquelles elles se confrontent, on laisse de côté les dimensions qui relèvent de l'engagement. Et de ce fait l'on risque de souscrire au modèle du travailleur comme victime potentielle et passive et à cautionner le seul recours à une prise en charge individuelle alors que la souffrance doit conduire à rediscuter du travail et de son organisation.

L'analyse de l'articulation entre subjectivité et fonctionnement social, la question de la reconnaissance, celle de l'articulation entre souffrance singulière et défenses collectives contre la souffrance, la question de la normalité énigmatique, sont des éclairages essentiels pour penser les enjeux de santé mentale au travail. Essentiels mais insuffisants si l'on ne prend pas au sérieux l'activité. Selon P. DAVEZIES, prendre au sérieux l'activité supposerait que l'expression de la souffrance soit rapportée aux obstacles rencontrés mais aussi aux valeurs investies au niveau le plus concret de l'activité afin de permettre le travail d'élaboration des conflits de valeur qui traversent le tissu social et les individus eux-mêmes. En effet, c'est au premier abord paradoxal, mais avancer véritablement sur les enjeux les plus généraux du travail implique d'ancrer l'analyse au plus près du réel, jusque dans les dimensions les plus concrètement situées de l'activité, à ce niveau où l'engagement s'exprime sur un mode préréflexif. C'est en effet à ce niveau dans le microscopique de l'activité et dans la façon dont chacun le colore, qu'apparaissent non encore thématiques les potentiels dont sont porteurs les salariés. Et c'est là que réside la source des reconfigurations, réinterprétations et transformations possibles de la situation.

Enfin, l'accès aux enjeux investis dans l'activité ne suffit pas. Il faut à partir de là, redéployer l'analyse vers les problèmes généraux de l'organisation du travail qui apparaissent, à ce moment, sous une lumière nouvelle. Ce travail d'élaboration individuel et collectif portant sur les enjeux et conflits de l'activité permet de lutter contre le non-sens et participe

ainsi au maintien de l'équilibre et de la santé. La protection de la santé implique, en effet, la possibilité pour le sujet de se représenter, à partir de son expérience et de son histoire, un monde possible dans lequel son style d'activité, ses intérêts, ses valeurs trouveraient à s'exprimer et à se développer. L'enjeu est ici la préservation de la capacité à désirer, à rêver, à espérer et à travailler.

En prenant au sérieux l'activité, il ne s'agit donc pas seulement de traiter d'une organisation du travail qui souffrirait de manques ou d'incohérences dus à l'ignorance ou à la méchanceté mais de permettre une meilleure compréhension de la coexistence et de l'affrontement au sein de l'entreprise d'une multiplicité de projets, de valeurs et de rapports au monde.

III. Les évolutions actuelles de l'organisation du travail apparaissent porteuses de transformations qui modifient le rapport au travail

L'évolution des organisations du travail montre deux phénomènes que P. DAVEZIES distingue de la façon suivante : d'une part, le modèle des organisations de type taylorien où il s'agit de produire en masse des objets standardisés est de moins en moins représenté, au contraire d'un modèle d'organisation où le travail doit s'adapter aux variations, aux aléas, aux imprévus ; d'autre part, le travail évolue tant dans sa forme prescrite que dans son contenu réel.

L'adaptation nécessaire à la demande oblige la production de biens et de services à adapter son activité aux variations quantitatives et qualitatives du marché. Dans un nombre croissant de situations, on travaille parce qu'on est confronté à la demande d'un client, d'un usager, d'un patient ou d'un collègue. La proportion de salariés travaillant sur ordre direct de la hiérarchie diminue. Cela change beaucoup le rapport au travail. Sa dimension éthique est plus perceptible que sur une chaîne.

Les notions d'intelligence et de personnalité sont requises par l'organisation du travail. Elles donnent à penser que cette augmentation de la capacité d'autonomie aurait un effet positif sur la santé mentale au travail. Or, ce n'est pas le cas. Cela s'inscrit plutôt dans un contexte d'augmentation forte des exigences de rentabilité avec un effet aggravant sur la santé psychique des salariés.

Donc, d'un côté l'intelligence et la personnalité sont davantage sollicitées et de l'autre les contraintes et le contrôle augmentent. Ceci conduit à des situations où des personnes s'investissent dans le travail sans avoir les moyens en terme de dispositifs, de temps, d'information, etc... de le faire correctement, avec en plus l'idée qu'il faut toujours aller plus vite. On trouve alors dans l'ensemble du monde du travail, à tous les niveaux hiérarchiques, des gens qui ne se reconnaissent plus dans les formes imposées à leur travail, qui ont le sentiment de faire un travail de mauvaise qualité. Car la qualité ne se définit pas de la même manière pour le salarié (qui fait référence à des critères d'efficacité, de justice et d'authenticité) et pour le manager (pour qui l'excellence est constituée du juste nécessaire, en raisonnant pour le marché et dans le temps du marché). Celui qui prétend faire plus que le juste nécessaire, au nom des normes de son métier et de ses propres conceptions éthiques, ne travaille pas pour le collectif, il manifeste une attitude individualiste.

Les salariés sont en permanence incités à abrégé, à en rabattre sur la qualité, au nom d'évaluations focalisées sur les indicateurs de débit, sur les délais de réponse, sur les temps

d'attente et, au bout du compte, sur le chiffre d'affaire. Tout cela est exprimé à travers des discours franchement paradoxaux puisque les exigences de qualité sont en même temps toujours réaffirmées. Des salariés appartenant à des catégories autrefois préservées expriment un sentiment d'amputation et de dégradation de leurs activités. La montée du thème de la reconnaissance vient de là. A travers le sort qui est fait à leur investissement dans le travail, à leur intelligence, à leurs exigences éthiques, les salariés font l'expérience du mépris.

L'atteinte à la dignité de l'individu est pour A. HONNETH²³⁴ une des trois formes du mépris qui, avec l'atteinte physique et l'atteinte juridique, correspond aux stades de développement du rapport de reconnaissance. Cet apport conceptuel ouvre au plan théorique la perspective d'une argumentation des résultats empiriques, cliniques et expérimentaux.

Ceux qui éprouvent ces sentiments les vivent généralement sur un mode individuel, comme un problème personnel, sur le mode de l'indignité personnelle, de la honte. Porter ce problème collectivement est difficile. Dire que l'on fait un mauvais travail vous fragilise vis-à-vis de la hiérarchie, voire de vos collègues. L'investissement de l'individu dans son travail aboutit, dans un certain nombre de cas, à des impasses et à une souffrance qui accroît l'individualisation et la radicalise.

L'étude européenne Presst-Next fait apparaître clairement une expression symptomatique de la souffrance et en confirme les dimensions causales. Elle révèle que des personnels soignants pensent régulièrement à quitter leur profession (plusieurs fois par mois). Les résultats montrent que de nombreux aspects du travail, physiques et psychosociaux sont associés à une forte « intention de quitter les soins ». La pénibilité du travail est rapportée à la charge physique, à la demande quantitative, à la notion de *burn out*, ainsi qu'aux dimensions relationnelles interpersonnelles, à celles de satisfaction au travail, de soutien de l'encadrement. Quatre facteurs sont les plus souvent cités comme sources de ce qui est « le plus pénible ». Ce sont, selon l'analyse de M. ESTRYN-BEHAR, « les difficultés à constituer de vrais collectifs de travail, stables, soudés et soutenus par un encadrement disponible ; le manque de qualité des soins et de temps consacré à la relation avec les patients et à l'éducation de la santé ; la pénibilité physique du travail ; les horaires, les débuts de vacation très tôt le matin et les changements impromptus de jours de travail »²³⁵.

Des personnes vont basculer dans la maladie parce que les formes sociales qui permettaient de mettre ces éléments en débat n'existent plus. Les expressions pathologiques peuvent être extrêmement diverses, souvent sur le mode anxiodépressif, mais parfois selon des modes plus explosifs, avec des pathologies physiques.

Pour P. DAVEZIES ; le défi aujourd'hui consiste à **reconstruire des capacités de débat** autour de ces questions. Il s'agirait de soutenir les personnels dans leur capacité à renvoyer au débat social, à la conflictualité sociale, des problèmes qu'ils portent comme une conflictualité personnelle.

²³⁴ A. HONNETH (2000), *La lutte pour la reconnaissance*, Les éditions du cerf.

²³⁵ R. BELFER (2004), « Les conditions de travail au cœur du malaise hospitalier » in *Santé et Travail*, n° 6, pp 10-13.

Bibliographie

- ACKER F., 1997, « Sortir de l'invisible, le cas du travail infirmier » *Raisons pratiques*, N° 8, pp. 65-93.
- ACKER F., 1995, « Informatisation des unités de soins et travail de formalisation de l'activité infirmière » in *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 13, n°3, pp. 69-91.
- ACKER F., 1991, « La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire », *Sciences sociales et santé*, N° 2, p. 136.
- ANAES, 1999a, *Evaluation d'un programme d'amélioration de la qualité. Les Enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français*, Rapport.
- ANAES, 1999b, *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, Rapport.
- ANAES, 2000, *Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé*.
- ANAES, 2001, *Dix questions sur l'EPP*, Guide méthodologique.
- ANAES, 2001a, *A propos de l'accréditation*, Réactualisation.
- ANAES, 2002a, *Préparer et conduire votre démarche d'accréditation*, Guide pratique.
- ANAES, 2002b, *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement*. Guide méthodologique.
- ANAES, 2003, *Accréditation – Dossier de Presse*.
- Anonyme, 1999, « L'accréditation, trois ans après la loi » in *Soins*, n° 640, pp. 22-23.
- Anonyme, 2000, « L'accréditation : une mise en place effective pour 2001 » in *Tendances : informations hospitalières et médico-sociales*, n° 19, pp. 3-6.
- Anonyme, 2000, « Mesures nouvelles pour l'hôpital public. Protocole d'accord sur les conditions de travail » in *Travail, social, actualités*, n° 776, pp. 9-14.
- Anonyme, 2002, *La démarche qualité dans les établissements de santé : objet de réponse formel à l'accréditation ou outil de réformes des pratiques professionnelles ?* mémoire ENSP du module interprofessionnel de santé publique.
- ASKENAZY P., 2004, *Les désordres du travail. Enquête sur le nouveau productivisme*, Paris, Ed. Seuil.
- ASKENAZY P., CAROLI E. et MARCUS V., 2003, "Organizational innovation and Working conditions : an empirical approach", *Recherches économiques de Louvain/Louvain economics review*, Vol. 68, (1-2).
- AUTRET J., 1999, « L'infirmière hospitalière face à l'évaluation et à l'accréditation » in *Objectifs Soins*, n° 76, pp. 5-6.
- AUTRET J., DOUGUET F., MEGDICHE C., 1996, *Travail et interactions des personnels dans l'organisation hospitalière*, Rapport d'étude à destination du Ministère des Affaires sociales, de la santé et de la ville - Direction des Hôpitaux.
- AYADI N., JAOULA Y.A., 1999, « Déterminants psychologiques de la motivation de l'infirmier pour son travail » in *Revue de l'infirmière*, n° 46, pp. 59-62.
- BACQUE M.F., 1997, *Deuil et santé*, Ed. Odile Jacob.
- BAKKER B., SIEGRIST J., 2000, "Effort-rewards imbalance and burn out among nurses", *Journal of Advanced Nursing*, 31, pp 884-891, cité par Loriol M. (2003) .
- BALLE M., CHAMION-DAVILLER M-N., 2000, *Organiser les services de soins : le management par la qualité*, Ed. Masson, Coll. Encadrer l'hôpital.
- BARBIN B., BOISSIER RAMBAUD C., CHAMPION DAVILLER M-N., FESSIER J-M., NEBESAROVA J., 1997, *Hôpitaux, cliniques : de l'accréditation à la qualité*, Ed. Lamarre, Coll. Management hospitalier
- BAUBEAU D., NAIDITCH M., CASES C. et CARLET J., LOMBRIL (Coll.), 2001, « Culture des organisations hospitalières. Modes de relations de travail et qualité des soins » in *Dossiers solidarité et santé - Eléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers*, n° 2, pp. 71-77.

- BAUBEAU D., CARRASCO V., 2003, « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », *Etudes et Résultats*, n° 215.
- BARKER R., 1993, “tightening the Iron Cage : concertive control in self managing teams”, *Administrative Science Quarterly*, N° 38, pp. 408-437.
- BASZANGER I., 2000, « A propos de souffrance en France. La banalisation de l’injustice sociale » in *Sociologie du travail*, n° 2, pp. 322-329.
- BAUBEAU D. , LE LAN R., 2003, « Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », *Etudes et résultats*, n° 335.
- BELFER R., 2004, « Les conditions de travail au cœur du malaise hospitalier » in *Santé et Travail*, N°46, pp 10-13
- BENSAID A., C. DEJOURS, 1994, *Psychopathologie et psychodynamique du travail*, Encyclopédie médico-chirurgicale, 16-535-P-10.
- BERBAIN X., MINVIELLE E., 2001, « L’informatique dans la gestion quotidienne des unités de soins : la barrière de l’apprentissage » in *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 19, n° 3, pp. 77-106.
- BERRET P., 2002, « Coordination et engagement des agents dans une démarche qualité : la construction des apprentissages », *Travail et emploi*, N° 90.
- BERTEZENE S., 1996, « Démarches d’amélioration de la qualité : état des lieux » in *Gestions Hospitalières*, pp. 710-722.
- BERTRAND D. (coord.), 2001, *Actualité et dossier en santé publique – Accréditation et qualité des soins hospitaliers*, n° 35.
- BIGNOLAS G, FORT F, HAFID B, 2000, « Vers une exigence de la qualité pour les établissements de soins. Approche conceptuelle des risques liés à la problématique du projet d’accréditation » in *Gestions Hospitalières*, n° 396, pp. 356-363.
- BIZET M-P., 1993, « Vous avez dit “protocoles” ? Les protocoles dans la pratique infirmière » in *Recherche en soins infirmiers*, n° 32, pp. 61-74.
- BLANCHET A., GOTMAN A., 1992, *L’enquête et ses méthodes : l’entretien*, Paris, Nathan, coll. « 128 ».
- BLANCHET A. et al. 1985, *L’entretien de recherche dans sciences sociales : l’écoute, la parole, le sens*, Paris, Dunod.
- BOISSARD P., CARTRON D., GOLLAC M., VALLEYRE A., 2000, « Contraintes de temps dans le travail et risques pour la santé en Europe », *Quatre pages du Centre d’Etudes de l’Emploi*, n° 47.
- BONMATI J.M., 1998, *Les ressources humaines à l’hôpital : un patrimoine à valoriser*, Ed. Berger-Levrault.
- BONNET E., 1996, « Les visions indigènes de la qualité. A propos de l’appropriation de la démarche qualité dans l’industrie » in *Revue d’économie industrielle*, n° 75, p. 78.
- BOUDON et al. (dir.), 1989, *Dictionnaire de la sociologie*, Paris, Larousse, coll. Essentiels.
- BOUTINET P. et al., 2000, « Organisation, décision et financement du système de soins. Les outils de l’organisation sanitaire in *Actualité et dossier en santé publique*, n° , pp. 47-59.
- BREMOND M. et al., 2000, « Hôpital Expo Inter Medica 2000 : l’hôpital, ses responsabilités, ses valeurs : éthique, techniques et pratiques » in *La revue hospitalière de France*, n° 2, pp. 44-50.
- BRIZON H., 2000, *L’accréditation boîte à outils du cadre infirmier*, Ed. Masson, Coll. Encadrer l’hôpital.
- BRUN J. (dir) ; FROMENTIN D. (Coll.), 1999, *Qualité des soins : une approche ISO 9000*, Ed. Berger-Levrault, Coll. H.
- BRUNEAU C., OBRECHT O., LACHENAYE-LLANAS C., 2003, « Le point sur l’accréditation : une enquête nationale auprès de diverses catégories de professionnels de santé » in *Gestions hospitalières*, n° 422, pp. 13-17.

- CALLON M., 2002, « Pour en finir avec les incertitudes ? » in *Sociologie du travail*, n° 2, Vol. 44.
- CAMPINOS-DUBERNET M., 2003, *Systèmes qualité et amélioration des processus : savoirs, organisations, marchés*, Rapport/étude DARES.
- CAMPINOS-DUBERNET M., JOUGLEUX M., 2003, « L'assurance qualité quelles contributions à la qualité des services ? » in *Revue française de gestion*, N° 146, Vol. 29.
- CAMPINOS-DUBERNET M., MARQUETTE C., 1999, « Une rationalisation sans norme organisationnelle : la certification ISO 9000 », in *Sciences de la société*, N°46, pp. 83-101.
- CARRASCO V., BAUBEAU D., 2003, « Les usagers des urgences premiers résultats d'une enquête nationale, *Etudes et Résultats*, n° 212.
- CARLET J. (coord.), 2002, « Les infections liées aux soins médicaux » in *Actualité et dossier en santé publique*, n° 38, pp. 23-70.
- CARTRON D., GOLLAC M., 2003, « Intensité et conditions de travail », in *Les quatre pages CEE*, N° 58.
- CASES C., BAUBEAU D., NAIDITCH M., 2001, « Evaluer la capacité d'adaptation aux changements » in *Dossiers solidarité et santé - Eléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers*, n° 2, pp. 67-69.
- CASTRA M. 2000, « Le principe de coopération entre professionnels comme fondement de l'organisation du travail en soins palliatifs in *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail* (G. CRESSON, F-X. SCHWEYER), Rennes, Editions ENSP, coll. Recherche, santé, social, pp. 207-219.
- CHAMORAND E., 1996, *Le système de santé américain. Poids du passé et perspectives*, La Documentation Française, Coll. Les études.
- CHAMPION-DAVILLER M-N., 1999, « Diagnostics infirmiers, dossiers de soins, démarche qualité et accréditation » in *Soins*, n° 640, pp. 25-.
- CHATAIGNIER F., BANDELIER-BRAQUET C., 2000, « L'ISO 9002... un formidable outil. Proposition de gestion de l'hôpital comme une entreprise » in *Gestions Hospitalières*, pp. 456-458.
- CHEVANDIER C., 1997, *Les métiers de l'hôpital*, Ed. La Découverte, Coll. Repères .
- CLAVERANNE J-P., VINOT D., FRAISSE S., ROBELET M., CANDEL D., DUBOIS D., MARCHAUDON P., 2003, *Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé*, Rapport de recherche GRAPHOS-CNRS, LCPE /LNST-CNRS, Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées – Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.
- COCHOY F, GAREL J.P, De TERSSAC G., 1998, « Comment l'écrit travaille l'organisation : les cas des normes ISO 9000 » in *Revue française de sociologie*, Vol. 39, N°4, pp. 673-699.
- COCHOY F., De TERSSAC G., 1999, « Les enjeux organisationnels de la qualité : une mise en perspective » in *Sciences de la société*, N° 46, février, pp. 3-18.
- CLOT Y., 2000, « Analyse psychologique du travail et singularité de l'action » in *L'analyse de la singularité de l'action*, PUF, Coll. Education et Formation, pp. 53-69.
- Collectif, 2003, *Travail et emploi : Dossier : Santé et risque du travail*, n° 96.
- Collectif, 2001, *Soins infirmiers : normes de qualité. Guide du service de soins infirmiers*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DHOS.
- COMBAZ M-F., 1995, « La qualité à l'hôpital. Le point de vue d'un service de médecine dans un établissement de 600 lits » in *Recherche en soins infirmiers*, n° 42, pp. 36-45.
- Comité Permanent des Hôpitaux de l'Union Européenne, 2000, « Hope » *Les hôpitaux et la santé au travail dans l'union Européenne*.
- COMBES M-C., 2002, « La compétence relationnelle : une question d'organisation » in *Travail et emploi*, N° 92, octobre.

- COURPASSON D., 2000, *L'action contrainte. Organisations libérales et domination*, PUF, Coll. Sciences Sociales et Société.
- COURPASSON D., 1996, « Les normalisations managériales entre l'individu et le modèle professionnel » in *Revue d'économie industrielle*, N° 75.
- COURPASSON D., 1995, « Éléments pour une sociologie de la relation commerciale. Les paradoxes de la modernisation dans la banque » in *Sociologie du travail*, N° 2.
- COUTROT T., 1999, *Critique de l'organisation du travail*, La découverte, Coll. Repères.
- COUTY E. et al., 1999, « Numéro spécial accréditation : la parole aux instances officielles et professionnelles » in *Hospitalisation privée*, n° 349, pp. 6-51.
- CROZIER M., FREIDBERG E., 1977, *L'acteur et le système, Les contraintes de l'action collective*, Paris, Seuil. 436 p.
- CRU D., 1987, « Les règles du métier » in *Plaisir et souffrance dans le travail* (Dir. C. Dejours), pp. 29-54.
- CRUCHANT L., 1993, *La qualité*, PUF, Coll. Que-sais-je ?
- DASSA S., MAILLARD D., 1996, « Exigences de qualité et nouvelles formes d'aliénation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, N° 115, pp. 27-37.
- DAUCOURT V., MICHEL P., 2002, « L'accréditation passée au crible : des 100 premiers comptes rendus publiés par l'ANAES » in *Gestions hospitalières*, n° 415, pp. 235-243.
- DAVEZIES P., 2003, « Le stress au travail : actualité » in *Stress, pathologies et immunité* (Dir. J-M. Thurin, N. Bauman), Flammarion, Coll. Médecine-Sciences, pp. 223-230.
- DAVEZIES P., 2003, « L'enfermement du harcèlement moral » in *Santé et Travail*, n° 44, pp. 44-46.
- DAVEZIES P., 2001, « Transformations des organisations du travail et défis à la clinique médicale ». Intervention au *congrès de l'Association Internationale de Médecine du Travail*, Paris, juin 2001 (www.sdv.fr/aimt67/cong_aimt/Rt2.htm).
- DAVEZIES P. et al., 1998, *Vieillesse du personnel hospitalier et prévention de l'usure au travail*, Rapport de recherche réalisé pour la Direction des Hôpitaux.
- DAVEZIES P., 1992, « Vieillesse du personnel et travail à l'hôpital » in *Gestions Hospitalières*, n° 319, pp. 614-616.
- DAVEZIES P., *Souffrance au travail : le risque organisationnel*, à paraître.
- DAVID C., SAVEREUX S., 2002, *Problèmes politiques et sociaux – Les nouvelles organisations du travail*, n° 867.7
- DEJOURS C., 2003, *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation*, INRA Editions.
- DEJOURS C., 2000, « Travail, souffrance et subjectivité » in *Sociologie du travail*, pp. 329-340.
- DEJOURS C., 1995, *Le facteur humain*, PUF, Coll. Que sais-je ?
- DEJOURS C., 1993, *Travail, usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*, Bayard.
- DE KERVASDOUE J., DAVANT J-P., 2000, « La qualité des soins en France » in *Horizons Santé*, Ed. de l'Atelier-Ed. Ouvrières, Coll. Horizon Santé.
- DELACOURT G., 1999, *De l'évaluation de la qualité des soins à l'inscription dans la démarche d'accréditation*, mémoire ENSP d'infirmier général.
- DEMING, 1988, *Qualité : la révolution du management*, Economica, (trad.. Out of Crisis, 1986).
- DEMOULIN L., 1998, « Souffrance des soignants face à la mort » in *Objectifs Soins*, n° 67, pp. 10-13.
- DEPLANQUE R., 2001, « Les risques du travail soignant » in *Soins Cadres*, n° 38, pp. 46-50.
- DHOS, 2001, *Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers. Guide du service de soins infirmiers*.

- DONABEDIAN A., 1988, "The quality of medical care : how it be assessed ?" in *JAMA*, 260, pp. 1743-1748.
- DOUGUET F., 2004, « L'ajustement des normes mobilisées par les professionnels de santé à l'égard des personnes souffrant d'insuffisance rénale », *Normes et valeurs dans le champ de la santé* (coll.), Ed. ENSP, pp. 185-196.
- DOUGUET F., 2000, « La carrière au fil de l'avance en âge des femmes soignantes du secteur hospitalier » in *Construction sociale du parcours des âges, les temps de travail, de formation et de retraite* (Dir. S. Pennec et F. Le Borgne-Uguen), Recherche UBO/ARS, Programme CNRS -Santé Société- « Vieillesse individuelle et sociale », Vol. I, pp. 5-130.
- DREES, 2004, *Données sur la situation sanitaire et sociale en France – Annexe A au projet de financement de la sécurité sociale pour 2005*.
- DREES, 2001, *Dossiers solidarité et santé – Eléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers*, n°2.
- DUBOIS M., DOUTRE E. et KOUABENAN R. D., 1999, « Participation dans les démarches qualité et confiance sociale », *Sciences de la société*, N° 46, Février, pp. 47-65.
- DUBOIS V., 1999, *La vie au Guichet. Relation administrative et traitement de la misère* Paris, Ed. Economica.
- DUBOYS-FRESNEY C., PERRIN G., 1996, *Le métier d'infirmière en France. Du métier d'infirmière à l'exercice professionnel des soins infirmiers*, Ed. PUF, Coll. Que Sais-Je ?
- DUBOYS-FREYNEY C., 1999, « L'évaluation de la qualité des soins » in *Objectif Soins*, n° 81, pp. II.
- DUBET F., 2002, *Le déclin de l'institution*, Paris, Ed. Seuil.
- DURKHEIM E., 1898, « Représentations individuelles et représentations collectives », *Revue de métaphysique et de morale*, VI, pp. 273-302
- ENSP, 1993, *L'accréditation en France : Comment ? – Actes du séminaire des 6 et 7 oct 1993*.
- ESCOLAN M-C., 2001, « Analyse critique des résultats d'une étude traitant de la gestion de la qualité dans les hôpitaux » in *Gestions Hospitalières*, pp. 766-769.
- ESTRYN-BEHAR M., 2001, « Accréditation et qualité des soins hospitaliers. Interface entre les normes et les référentiels, et l'activité de travail réelle des soignants » in *Actualité et dossier en santé publique*, n° 35, pp. 71-73.
- ESTRYN-BEHAR M., 1997, « Souffrance psychique et risque de "burn-out" chez les infirmières » in *Soins*, n° 616, pp. 13-17.
- ESTRYN-BEHAR M., 1997, *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital : reconnaissance, analyse et prévention*, Ed. Estem.
- ESTRYN-BEHAR M., 1993, « La double contrainte des soignants » in *Gestions hospitalières*, n° 323, pp. 117-123.
- ESTRYN-BEHAR M., LORIOL M., LE NEZET., 2003, « Le travail de soins dans les hôpitaux locaux. Miroir grossissant des difficultés actuelles » in *Gestions hospitalières*, n° 429, pp. 552-530.
- ESTRYN-BEHAR M., DUGER, N., VINCK., 2001, « Les conditions de travail des femmes à l'hôpital ont-elles changé entre 1984 et 1998 ? » in *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, Vol. 49, n° 4, pp. 397-400.
- ESTRYN-BEHAR M., GADBOIS C., POTTIER M., 1992, *Ergonomie à l'hôpital. Colloque international – Paris, Juillet 1991*, Ed. Octares.
- EYMARD-DUVERNAY F., 2002, « Les qualifications des biens » in *Sociologie du travail*, n° 2, Vol. 44.
- FAVEREAU O., 1997, « L'incomplétude n'est pas le problème, c'est la solution », In *Les limites de la rationalité*, Tome 2, *Les figures du collectif*, B. REYNAUD, Dir., La Découverte, pp. 219-233.

- FAYOL H., 1981, *Administration industrielle et générale*, Dunod.
- FEIGENBAUM A.V., 1984, *Comment appliquer le contrôle total de la qualité. Les dossiers du savoir-faire*, Ed. de l'entreprise, (Trad. *Total Quality Control*, 1983).
- FERRAND A., 2004, « La tension normative : un état à la fois personnel et interpersonnel », *Normes et valeurs dans le champ de la santé* (coll.), Ed. ENSP, pp. 69-76.
- FISCHER N.G., (1987), *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, Paris, Ed. Dunod, 208, p.
- FORAY D., 1993, « Standardisation et concurrences : des relations ambivalentes » in *Revue d'Economie industrielle*, n° 63.
- FORMARIER M., JOVIC L., POIRIER COUTANSAIS G., GOISNEAU C., 1994, « Opérationnalisation des concepts : soins, qualité et évaluation » in *Recherche en soins infirmiers*, numéro spécial, pp. 5-22.
- FORMARIER M., JOVIC L., 1993, « Approche scientifique des protocoles de soins infirmiers » in *Recherche en soins infirmiers*, n° 32, pp. 75-83.
- FOURCADE et al., 2001, « Accréditation et qualité des soins hospitaliers. La qualité des soins à l'hôpital » in *Actualité et dossier en santé publique*, n° 35, pp. 29-43.
- FROMENTIN (dir.) ; BRUN J., LENGART J. (Coll.), 1998, *Santé et assurance qualité. Vers l'accréditation*, Ed. Berger-Levrault, Coll. H.
- FREYSSENET M., 1990, « Les techniques productives sont-elles prédictives ? L'exemple des systèmes experts en entreprise » in *Gip, Mutations industrielles*, Paris.
- GADREY J., 2002, « Dix thèses pour une socio-économie de la qualité de produits » in *Sociologie du travail*, n° 2, Vol. 44.
- GOFFMAN E., 1968, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Les éditions de Minuit, coll. Le sens commun.
- GOGUET M., 2001, « La gestion des risques à l'hôpital : une nécessité » in *Bulletin juridique de la santé publique*, n° 36, pp. 10-13.
- GONON O., 2003, « Des régulations en lien avec l'âge, la santé et les caractéristiques du travail : le cas des infirmières d'un centre hospitalier français » in *Perspectives Interdisciplinaires sur le Travail et la Santé*, Vol. 5, n° 1.
- GONNET F., 1989, « Les relations de travail à l'hôpital : entre la complexité et l'insécurité » in CREPU M., HOUDY A. (Dir.), *L'hôpital à vif*, Revue Autrement, série mutations, n°109, pp. 128-147.
- GONNET F., 1993, *L'hôpital en question(s)*, Paris, Lamarre.
- GONNET F., 1988, *Opération miroir, une méthodologie d'analyse et de mise en œuvre du changement à l'hôpital*, document réalisé à l'initiative de la Direction des Hôpitaux.
- GONTIER C., 1988, *Rôle de l'infirmière générale adjointe dans l'amélioration des conditions de travail des cadres soignants*, mémoire ENSP IGA.
- GREENAN N., HAMON-CHOLET S., 2000, « Les salariés industriels face aux changements organisationnels en 1997 », *Premières synthèses*, N° 09-03 DARES.
- GRENAR A ; 1996, « Normalisation, certification : quelques éléments de définition » in *Revue d'économie industrielle*, n°75, p. 45.
- GROJEAN M., LACOSTE M., 1998, « L'oral et l'écrit dans les communications de travail ou les illusions du « tout écrit » » in *Sociologie du travail*, Vol. 40, n° 4, pp. 439-461.
- GROSJEAN M., LACOSTE M., 1999, *Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital*, Ed. PUF, Coll. Le travail Humain.
- GUENOT V., 1995, *Les contrats d'amélioration des conditions de travail à l'hôpital et ses services déconcentrés : enjeux, évaluation et perspectives*, mémoire ENSP d'Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales.
- GUIBE, 2000, « L'équipe de soins, entre complicité et rivalité » in *Perspective soignante*, n° 9, pp. 29-43.

- HERZLICH C., 1969, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris, Ed. Mouton.
- HONNETH A., 2000, *La lutte pour la reconnaissance*, Ed. du Cerf, Coll. « Passages ».
- HONORE B., 1990, *L'hôpital et son projet d'entreprise*, Toulouse, Privat.
- HUBINON M., 1993, « Elaboration de normes de qualité d'organisation des unités des soins » in *Recherche en soins infirmiers*, n° 34, pp. 30-.
- HUGHES E.C., 1984 (1971) « Social Role and division of Labor », *The sociological Eye. Selected Papers*, Transaction Books, pp. 304-310
- IGALENS J., PENAN H., 1994, *La normalisation*, PUF, Coll. Que sais-je ?
- ISHIKAWA K., 1981, *Le TQC ou la qualité à la japonaise*, AFNOR.
- ISHIKAWA K., 1989, *La gestion de la qualité : outils et applications pratiques*, Dunod.
- JAVIER G., BRETRAND-BARRAT J., FIALON P., 2002, « La gestion des risques à l'hôpital » in *Techniques hospitalières*, n° 671, pp. 45-48.
- JEANTET A., 2003, « A votre service ! La relation de service comme rapport social » *Sociologie du travail*, N°45.
- JODELET D., 1984 « Représentations sociales : phénomènes, concepts et théorie », in S. MOSCOVICI, *Psychologie sociale*, Paris, Puf, pp 357-378
- Journée d'Ethique médicale Maurice Rabin, 2000, *Recommandations, références médicales, accréditation : les enjeux éthiques*, Flammarion, Coll. Médecine-Sciences.
- KARPIK L., 1989, « L'économie de la qualité », *Revue française de sociologie*, N° XXX, p. 187-210
- KARPIK L., 2002, « Que faire des singularités ? » in *Sociologie du travail*, n° 2 , Vol. 44.
- KOLB F., 2002, *La qualité. Essai sur l'évolution des pratiques de management*, Vuibert, Coll. Entreprendre.
- KRESS J.-J., 1999, « Réflexions sur la démarche en vue de la qualité : quelle pensée pour organiser l'action ? » in *La lettre de psychiatrie française*, n° 88, pp. 19-20.
- LABRAM C., 1996, « Quels indicateurs de qualité pour les établissements hospitaliers » in *Gestions Hospitalières*, pp. 363-369.
- LAHORE N., 2001, « Une enquête sur la souffrance des soignants face au patient douloureux chronique en fin de vie » in *Perspective soignante*, n° 10, pp. 48-63.
- LEBOUL D., DAVEZIES P., 2004, *Quel apport de la psychodynamique du travail en entreprise ?* Intervention à la Journée-rencontre MSA de Bretagne et antenne bretonne de l'ANACT – Pontivy , 20 avril 2004 – Cahier des interventions (à paraître)
- LE MAUFF P., 1998, *L'enjeu de la professionnalisation des actes du quotidien exercés par les aides soignantes en gériatrie. Essai de compréhension par l'analyse psychodynamique des situations de travail, de la souffrance et du plaisir au travail*, Université de Bretagne Occidentale, mémoire de Diplôme des Hautes Etudes en Pratiques Sociales.
- LE NOC L., 2000, *Le travail des infirmières et aides soignantes auprès des personnes tétraplégiques. Une approche psychodynamique*, Université de Bretagne Occidentale, mémoire de Diplôme des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- LEBOUL D., 1998, « Le travail auprès des patients mourants : des enjeux à débattre » in *Collection Gestion des paradoxes dans les organisations*, Presses Inter Universitaires du Québec, vol. 7, pp. 141-150.
- LEBOUL D., DOUGUET F., 2002, *Rapport à l'issue de la médiation dans le service de réanimation chirurgicale. CHU La cavale Blanche*, Brest.
- LECORMET E., 2000, « Absentéisme à l'hôpital : quelle prévention possible ? » in *Entreprise santé*, n° 25.
- LEFORT M.-C., DELETOILLE V., 2000, « Les indicateurs au service d'une culture de l'amélioration continue des soins infirmiers » in *Recherche en soins infirmiers*, n° 65, pp. 5-13.

- LEMOYNE DE FORGES J-M., 1983, *L'Hospitalisé*, Berger-Levrault.
- LERT F., MARNE M.J, GUEGUEN A., 1993, « Evolution des conditions de travail des infirmières des hôpitaux publics de 1980 à 1990 » in *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, n° 41, pp. 16-29.
- LERT F., MARNE M.J, NIEDHAMMER I., 1991, *Conditions de travail et santé des aides-soignants. Etude descriptive dans sept hôpitaux français*, Rapport INSERM U88 St-Maurice.
- LERT F., MORCET J-F., RODARY C. *et al.*, 2001, « Organisation du travail, stress et épuisement professionnel chez les infirmières exerçant à l'hôpital. Identification des situations à risques » in *Bulletin signalétique de la direction des hôpitaux*, pp. 10-36.
- LESTIENNE A. *et al.*, 2000, « L'organisation des soins en cancérologie – Actes des 27^{ème} journées TNH », *Technologie et santé*, n° 41.
- LETEURTRE H., PATRELLE I., QUARANTA J-F., RONZIERE N., 1999, *La qualité hospitalière*, Ed. Berger-Levrault, Coll. Audit Hôpital.
- LETEURTRE H., VANDENMERSCH, BLONDIAU M-F., 1997, *L'accréditation hospitalière. Gestion et services de soins*, Ed. Berger-Levrault, Coll. Audit Hôpital.
- LINHART D., 1994, *La modernisation des entreprises*, La découverte, Coll. Repères.
- LOMBRAIL P., 1996, « Les enjeux de la qualité dans la réforme hospitalière » in *Gestions Hospitalières*, pp. 355-361.
- LOMBRAIL P., NAIDITCH M., BAUBEAU D., CASES C., CUNEO P., 2001, « Qu'appelle-t-on performances hospitalières ? » in *Dossiers solidarité et santé - Eléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers*, n° 2, pp. 13-18.
- LOMBRAIL P., NAIDITCH M., BAUBEAU D., CUNEO P. *et* CARLET J. (Coll.), 1999, « Les éléments de « la performance hospitalière ». Les conditions d'une comparaison », *Etudes et résultats*, n° 42.
- LORIOU M., 2004, « Accréditation, protocolisation et évolution du travail soignant », *L'individu social : autres réalités, autre sociologie*, XVIIème congrès international des sociologues de langue française, Tours, 5-9 juillet 2004, pp. 225-232.
- LORIOU M., 2003, « Démêler les liens entre organisation du travail et santé mentale. L'exemple des services », Intervention aux *Journées médicales du CISME* – 16 octobre 2003
- LORIOU M., 2003, « La construction sociale de la fatigue au travail : l'exemple du burn out des infirmières », *Travail et emploi*, N° 94, pp. 65-73.
- LORIOU M., 2002, *L'impossible politique de santé publique en France*, Ramonville, Erès, coll. Action santé.
- MACH J., RAE A-C., 1995, « Etude sur les conditions de travail du personnel soignant », in *Recherches en soins infirmiers*, n° 41, pp. 4-16.
- MALACCHINA S., 1995, *Une tentative d'approche globale des conditions de travail : l'expérience menée aux hospices civils de Lyon avec la mise en place des conseillers des conditions de travail*, mémoire ENSP de Directeur d'Hôpital.
- MANZI *et al.*, 2000, « La modernisation du système de soins » in *Echanges – Santé Social*, n° 100.
- MATILLON *et al.*, 2001, « Accréditation et qualité des soins hospitaliers. L'accréditation en France » in *Actualité et dossier en santé publique*, n° 35, pp. 44-55.
- MAURANGES A., VUIDEPOT G., 2001, *Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier*, Ed. de la Mutuelle Nationale des Hospitaliers, Coll. Manuel à l'usage des soignants.
- MAYO E., 1933, *The human problems of industrial civilization*, New York, Mac Millan.
- MAYO E., 1946, *The social problems of an industrial civilization*, Boston, Havard School of Business Administration.
- MIDY F., 2003, *Les principaux changements dans la profession infirmière depuis vingt ans*, mémoire, CREDES.

Ministère de l'Emploi et de la solidarité – Direction des hôpitaux (sous-direction des personnels de la fonction publique hospitalière), 1999, « Dossier vieillissement des soignants et travail à l'hôpital », *Informations sur les ressources humaines à l'hôpital*, n° 17, pp.25-57.

MINVIELLE E., 2000, « Réconcilier standardisation et singularité : les enjeux de l'organisation de la prise en charge des malades » in *Ruptures*, Vol. 7, n° 1, pp. 8-22.

MINVIELLE E., 2001, « Qualité des soins : approche organisationnelle » in *Objectif Soins*, n° 99, pp. 7-8.

MINVIELLE E., 2003, « De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé. Le cas de la qualité hospitalière », *Revue française de gestion*, n° 146, vol. 29.

MISPELBLOM F., (1995), *Au-delà de la qualité. Démarche qualité, conditions de travail et politique du bonheur*, Paris, Ed. Syros, 264 p.

MONTESINOS A., 1991, *Organiser des soins de qualité dans les services hospitaliers*, Ed. Medsi/McGraw-Hill, Coll. Encyclopédie des soins infirmiers.

MOSCOVICI Serge, 1986, *L'étude de représentations sociales*, Paris, Ed. PUF.

MORIZOT F., 1990, *Conditions de vie au travail des infirmières à l'hôpital : l'enjeu pour demain*, mémoire ENSP d'Infirmière Générale.

MOULIN A-M., 2003, « Ordre et désordre dans le champ de la santé », communication lors du colloque de l'AISLF *Valeurs et normes dans le champ de la santé*, Brest, UBO, 20-21 mars 2003.

MUNOZ J., 2003, « Prendre en charge un accident du travail : une activité de qualification à l'épreuve de la précarisation », *Sciences sociales et santé*, n° 21.

MUSSELIN C., PARADEISE C., 2002, « Le concept de qualité : où en sommes-nous ? » in *Sociologie du travail*, n° 2, Vol. 44.

NEUVILLE P., 1996, « La qualité en question », *Revue française de gestion*, n° 108.

ORGOGOZO I., 1997, « Qualité dans les soins infirmiers : les préalables aux méthodes » in *Recherche en soins infirmiers*, n° 50, pp. 109-115.

PARIS C., 1999, *Vieillesse du personnel soignant au CHU de Rouen. Résultats de l'enquête épidémiologique*, Rapport de recherche réalisé pour la Direction des hôpitaux.

PENEFF J., 1992, *L'hôpital en urgences*, Ed. Métaillé, Coll. Leçon de Choses.

PHARO P., 1993, *Le sens de l'action et la compréhension d'autrui*, L'Harmattan.

PICARD M., 1999, « Accréditation : évaluation ou contrôle ? » in *Objectif soins*, n° 81, pp. IV-VII.

PLASSAIS P., KERTESZ C., 2003, « La normalisation dans le domaine de la santé » in *Enjeux*, n° 231, pp. 12-14.

POIRIER-CONTANSAIS G., 1987, « La qualité, Pourquoi, Comment ? » in *Recherche en soins infirmiers*, n° 10-11, pp. 108-112.

POIRIER-CONTANSAIS G., 1988, « La qualité » in *Recherche en soins infirmiers*, n° 12, pp. 38-41.

PONSIGNON H., ESTRYN-BEHAR M., TONNEAU D., 1889, « Conditions de travail à l'hôpital » in *Lettre d'information de l'ANACT*, n° 146.

PONSIGNON H., JORAND Y., PEPIN M., GALLET A-M., 1995, *Changer le travail à l'hôpital : analyser les situations de travail pour améliorer les conditions de travail*, Ed. ANACT.

PROTIN M-J., « Souffrance des soignants et demande de formation » in *Laennec*, Vol. 44, n° 1, pp. 12-20.

RAIKOVIC M., 1998, « L'accréditation, pour quoi, pour qui ? » in *Décision santé*, n° 125, pp. 19-21.

RAIKOVIC M., 2000, « La démarche qualité, du discours à la réalité » in *Décision santé*, n° 157, pp. 13-18.

- REYNAUD J.-M., 1997, *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Paris, Ed. Armand Colin, 306 p.
- RIBAUT M., AROMATORIO C., 1991, *L'hôpital entreprise, pourquoi pas...* Ed. Lamarre.
- RIGAUD-BERROYER C., 1997, *Gériatristesse : la souffrance des soignants en gériatrie est-elle une fatalité ?*, mémoire MST Organisations sanitaires et sociales, option : gestion hospitalière.
- RINNEN M., 2001, « Contribution à la mise en œuvre d'un processus de maintien et d'amélioration de la qualité d'organisation d'une unité de soins », *Cahier du Grasi*, n° 26, pp. 119-159.
- ROCHE P., 1987, *Une santé d'acier*, Paris, Ed. CNRS.
- ROT G., 1998, « Urgence et flux tendu dans l'industrie automobile », *Sciences de la société*, N° 44, pp. 99-112.
- ROT G., 1998, « Autocontrôle, traçabilité, responsabilité », *Sociologie du travail*, n° 1, XL, pp. 5-20.
- ROT G., 1999, « La gestion de la qualité dans l'industrie automobile : les vertus de l'opacité », *Sciences de la société*, N° 46, pp. 19-34.
- ROT G., 2000, « La résistance ouvrière face aux formes nouvelles de rationalisation : entre restriction et résurgence », *Travail emploi et formation*, n° 1.
- SAN JULLIAN M., 1999, « Plaidoyer pour une démarche qualité » in *Objectif Soins*, n° 81, p. III.
- SAUREL D., BEAUDOIN L., 1998, *Écrans de visualisation. Évaluer et améliorer les conditions de travail*, Ed. Douin, Coll. Les guides de l'AP-HP.
- SCHAUFELI W.-B., BAKKER A., SCHAPP C., 2001, "On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the burnout measure.", *Psychology and Health*, 16, pp 565-582, cité par Lorient M., (2003).
- SEGOUIN C. (dir.), 1998, *L'accréditation des établissements de santé. De l'expérience internationale à l'application française*, Ed. Doin, Coll. Les dossiers de l'AP-HP.
- SEGRESTIN D., 1997, « L'entreprise à l'épreuve des normes de marché. Les paradoxes des nouveaux standards de gestion dans l'industrie », *Revue française de sociologie*, XXXVIII, pp. 553-585.
- SETBON M., 2000, « La qualité des soins nouveau paradigme de l'action collective ? », *Sociologie du travail*, N° 42, pp. 51-68.
- SEWELL et WILKINSON, 1992, « Someone to watch over me : surveillance, discipline and the just in time labour process » *Sociology*, N° 26, pp. 271-289.
- SHEWARD W.A., 1989, *Les fondements de la maîtrise qualité*, Economica, (Trad. Statistical Method from the Viewpoint of Quality, 1939).
- STANZIANI A., 2003, « Produits, Normes et dynamiques historiques » in *Sociologie du travail*, n° 2, Vol. 45, pp. 259-266.
- STRAUSS A. et al., 1992, « L'hôpital et son ordre négocié » in *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, coll. Logiques sociales, pp. 87-112.
- TAYLOR F.W., 1965, « La direction scientifique des entreprises », Dunod.
- TERSSAC de G. ; 1998, « Savoirs, compétences et travail » in *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (Dir. J-M ; Barbier), PUF, Coll ; Education et Formation, pp. 223-247.
- TERSSAC de G 1992, *L'autonomie dans le travail*, Ed. Puf, Coll. Sociologies.
- THEBAUD-MONY A., 2003, *Problèmes politiques et sociaux – Travail et santé*, n° 883.
- TONNEAU D., 1991, *Les conditions de travail à l'hôpital : un enjeu vital*, Ed. ANACT, Coll. Points de repères.
- TONNEAU D., BOUTHOURE S., GALLET A.-M., PEPIN M., 1996, *L'organisation du travail dans les services de soins*, Ed. ANACT, Coll. Outils et Méthodes.

- TRUCHOT D., BADRE D., 2003, *Equity and the burn out process : the role of helping models*, International Review of Social Psychology (à paraître), cité par Lorioi M., (2003).
- VASSY C., 1999, « Travailler à l'hôpital en Europe : apport des comparaisons internationales à la sociologie des organisations » in *Revue Française de Sociologie*, Vol. 40, n° 2, pp. 325-356.
- VEGA A., 2001, « Le travail mode d'emploi : le paradoxe infirmier » in *Sciences Humaines*, n° 114, pp. 34-37.
- VILCHIEN D., 1999, « La prévention des risques professionnels à l'hôpital » in *Les cahiers hospitaliers*, n° 142, pp. 12-15.
- VOLLE O., 1987, *Le nouveau Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail à l'hôpital public*, mémoire ENSP.
- WALTER M-H., 2000, *L'assurance qualité, clé de l'accréditation en santé*, Ed. Masson, Coll. Encadrer l'hôpital.
- WEBER M., 1971 [1922], *Économie et Société*, Paris, Plon.
- WELLER J.M., 2000, *L'État au guichet. Sociologie cognitive du travail et modernisation administrative des services publics*, Paris, Ed. Desclée de Brouwer, Coll. Sociologie économique.
- WEST E., 2001, « Management matters : the link between hospital and quality of patient care » in *Quality Health Care*, 10, pp. 40-48.
- WHITE, 1981, « Where do markets come from ?, *American journal of sociology*, N° 87, (3), pp. 517-547.
- WITMANN M-F., 1999, « Accréditer, pour qui, pourquoi, comment ? » in *Soins*, n° 640, pp. 20-25.
- ZARIFIAN P., 1996, *Travail et communication. Essai sociologique sur le travail dans la grande entreprise industrielle*, Paris, PUF, coll. Sociologie d'aujourd'hui.
- ZARIFIAN P., 1999, « L'autonomie comme confrontation coopératrice à des enjeux », In *L'autonomie dans les organisations quoi de neuf ?*, (Dir. K. CHATIZ, C. MOUNIER, P. VELTZ et P. ZARIFIAN), Paris, Ed. l'Harmattan, pp. 39-64.
- ZURCHER K. 2000, *Problématique éthique soulevée par la démarche d'évaluation de la qualité des pratiques hospitalières*, Université R. Descartes (Paris V), mémoire de DEA d'éthique médicale et biologique (dir. C. Hervé).