

Le traitement des dimensions « humaines » dans les démarches qualité à l'hôpital

Les démarches qualité, sous l'impulsion de l'accréditation introduite par les ordonnances d'avril 1996 portant réforme hospitalière en France et rendue progressivement obligatoire dans un délai de cinq ans, se développent aujourd'hui dans presque tout le secteur sanitaire et social. Les livres, manuels, modes d'emploi et autres publications consacrées à ces questions font florès. Après quelques hésitations et résistances à l'égard de démarches inspirées à l'origine par les politiques de rationalisation industrielle, les personnels des hôpitaux se sont bon gré mal gré investis dans le travail de réunion, d'analyse et de rédaction des procédures écrites destinées à « écrire ce qu'on fait », pour ensuite « faire ce qu'on a écrit ».

La manière dont s'effectue l'analyse et la description des activités varie d'un hôpital à un autre. L'une des originalités des démarches d'assurance qualité, sur le modèle des normes ISO 9000, est en effet que tout en impliquant des documents et des exigences assez uniformes qui visent une certaine standardisation (surtout à des fins d'évaluation comparative), elles laissent une grande latitude dans les modalités choisies pour mettre en oeuvre ces démarches. Qui sera nommé directeur, pilote, chef du projet ? Quelle est sa philosophie, plus ou moins participative, plus ou moins autoritaire ? Va-t-on s'adresser à un cabinet-conseil, et si oui, auquel ? Veut-on mener une « opération commando » destinée à aboutir le plus rapidement possible, ou une « démarche d'appropriation en profondeur » destinée à se pérenniser ? Qui va analyser le travail, qui va rédiger les procédures : quelques encadrants qui connaissent bien le travail, ou l'ensemble du personnel concerné ? Va-t-on rédiger des procédures très détaillées assorties de moyens de contrôle supplémentaires, ou des procédures courtes et souples, destinés plus à être des repères « en cas de besoin » que des contraintes quotidiennes ? Quelles terminologies va-t-on retenir, celles inspirées des langages spécialisés de l'assurance qualité ou le vocabulaire des mots du quotidien ? Et surtout, que va-t-on retenir du travail, quelle vision du travail, comment va-t-on en discuter, et qui va-t-on écouter, qui écarter ? Quand on découvre l'existence, dans une même activité ou tâche, de pratiques différenciées, se pose souvent aussi la question de savoir, si on va tenter de les unifier, et alors, lesquelles choisir, ou si on va laisser au personnel la liberté de continuer à pratiquer ces différences.

Ce sont là autant de *choix en termes de management et de politiques quotidiennes du personnel*, qui ne découlent jamais automatiquement des principes généraux de l'accréditation ou de l'assurance qualité. Ces choix, qui se font tout au long de chaque démarche, impliquent que *le résultat final peut paraître, dans chaque cas, le même, mais il est de fait très différent de par l'histoire et le chemin qui y a mené*. On obtient (parfois non), une accréditation ou une certification. Mais les traces des orientations suivies pour y arriver restent dans la mémoire, les bons souvenirs ou les déceptions du personnel qui y a participé ou qui en a été exclu, et dans les procédures écrites.

On peut aujourd'hui faire un premier « bilan » du fonctionnement de dispositifs mis en place depuis un certain temps et tenter de comprendre quels en sont les effets réels. Notre but ici n'est pas d'évaluer ces démarches, il n'est pas de voir si elles ont atteint leurs objectifs ou produisent au contraire des effets que certains diraient

« pervers », mais de comprendre *quelle vision du travail réel des équipes de soins elles proposent*. Car ce qui est dit et écrit sur le travail propose aux personnels et aux encadrants une nouvelle forme, souvent implicite, de reconnaissance des compétences, qualifications, connaissances et techniques mobilisées. En suivant la formule des normes ISO 9000, on pourrait parler d'une « reconnaissance certifiée du travail ».

Nous ne sommes très probablement pas les premiers à dire et à écrire que les procédures, les fiches d'activité et les fiches de poste rédigées à l'occasion d'une accréditation fournissent très majoritairement une représentation « technicienne » du travail de soins. Cette vision technicienne décrit les gestes visibles du travail, les actes qui laissent des traces (vérifier une installation, brancher un tuyau, noter une consigne), et dont on peut évaluer les résultats. Une partie du personnel peut d'ailleurs avoir l'impression que la vision du travail ainsi retenue correspond à celle qu'en a l'encadrement et l'administration, ou du moins ceux qui évaluent et contrôlent le travail. L'une des raisons avancées par les promoteurs de ces démarches est qu'on arrive ainsi à une certaine objectivation du travail, qui devient moins flou, plus précis, évaluable et comparable justement. Cela permettrait de se poser de nouvelles questions sur ce qu'on fait, et une partie du personnel est intéressée par le fait de se poser ces questions. Toutes les fiches et procédures mises bout à bout, peuvent d'ailleurs produire une vision d'ensemble de l'enchaînement de différentes activités, dont on ne disposait guère auparavant. Cela permet de mieux saisir quelle position chacun occupe dans un réseau souvent vaste, et ainsi rendre le travail plus intelligent, plus « conscient », plus clair aussi car un peu plus transparent.

Mais l'une des critiques les plus constantes, bien que souvent peu collectives et précises, faites à ces procédures écrites est qu'elles négligent voire oublient la « dimension humaine » du travail de soins. La raison en serait que leur inspiration vient de l'industrie, dominée par les techniques, les machines et les automatismes ¹. Ce qu'on appelle la dimension humaine du travail des soins, c'est toute l'activité de communication et de parole, mais aussi le sens et la signification que prennent certains gestes auprès des patients (retourner un malade avec douceur ou avec brusquerie, dire un petit mot gentil ou rester muet), dont on ne trouve pas trace dans les procédures écrites. Des critiques s'élèvent contre cette absence, qui est aussi une non-reconnaissance de dimensions essentielles du travail de soins, mais en même temps, les professionnels se demandent comment on pourrait même formaliser ces dimensions qui, puisque humaines, sont aussi par définition subjectives et assez personnelles. Leur description, leur objectivation et leur formalisation paraissent non seulement très difficiles, mais même pas souhaitables, car il s'agirait de quelque chose que chaque professionnel des soins fait « spontanément ». Et surtout, c'est un domaine dans lequel existent des différences parfois notables d'un professionnel à un autre, qui relèverait presque de la morale privée de chacun.

Voilà l'un des grands paradoxes d'une critique forte faite aux démarches qualité à l'hôpital et dans tout le secteur sanitaire et social : elles ne retiendraient et donc ne reconnaîtraient que les aspects dits techniques du travail, alors que la dimension

¹ Pour une approche qui montre qu'il y a bien des points communs entre l'entreprise et le secteur sanitaire et social, voir le chapitre « Entre soins de qualité et qualité des soins », in A. Caria (dir.) Démarche qualité en santé mentale, Editions in Press , 2003

humaine est au coeur de ce dernier, bien qu'il semble difficile de formaliser cette dimension, qui par nature, échappe à la rationalisation écrite.

Dans certains secteurs, comme la Néphrologie où l'on pratique l'hémodialyse, les gestes et contrôles techniques constituent souvent l'essentiel du travail auprès de patients si fatigués et las qu'ils n'ont plus envie eux-mêmes de parler. Les protocoles y semblent effectivement guider un travail qui ne comporte en apparence qu'une suite de gestes et d'actes muets. Dans certaines activités comme la réalisation d'un « Pansement de Cathéter de Dialyse » ou la mise sous perfusion d'un patient branché sur le « PSE », le « Pousse seringue électrique », les protocoles thérapeutiques semblent appréciés par le personnel et tout particulièrement par la catégorie des plus jeunes ou les nouveaux arrivants dans les services à l'instar des stagiaires, car cela permet de ne pas oublier d'effectuer certains soins, cela crée un vocabulaire commun entre services différents qui facilite la compréhension mutuelle, ou constitue un mode d'emploi apprécié dans un domaine comme la posologie très fine et précise de médicaments où la mémoire et la rigueur humaines pourraient s'avérer insuffisantes. Les protocoles écrits sont appliqués à la lettre, et on en comprend l'utilité dans le travail quotidien.

Dans d'autres secteurs par contre les protocoles restent bien rangés dans les tiroirs, on ne s'en sert pas car ils sont trop en décalage avec l'activité réelle quotidienne, constamment bousculée par les urgences comme celle des brancardiers qui disposent d'un « mémorandum » qu'ils disent tout simplement même pas avoir le temps de lire, ou dans des endroits où l'encadrement demande aux infirmières de prendre en charge certains aspects du travail des aides soignantes alors que les protocoles écrits stipulent au contraire une délimitation précise des domaines d'intervention des uns et des autres. Ce dernier exemple témoigne des raisons d'une critique générale faite aux démarches qualité à l'hôpital aujourd'hui, qui est qu'elles sont mises en oeuvre dans une période de diminution des effectifs et des dépenses, qui accroissent la pression quotidienne sur le personnel qui dans ces circonstances, voit souvent dans les protocoles un moyen de pression supplémentaire.

Une critique plus sourde, que nous avons pu entendre au cours d'enquêtes sans qu'elle soit forcément émise de manière ouverte et collective, est que ces protocoles tendent à réduire tout le travail de soins à ces gestes techniques, alors que dans bien des secteurs la dimension de la communication est décisive y compris dans les chances de guérison de certains patients, dimension qui est ainsi de moins en moins reconnue, notamment en termes de compétences. Un protocole comme celui de la préparation d'un patient à une anesthésie générale notifie ainsi une série d'actes et de gestes (surveiller le pouls et la tension artérielle, mettre en place les « voies d'abord »), mais reste muet sur tout le travail de réponse aux questions angoissées du patient, travail de communication et de « tranquillisation », dont le résultat, un patient calme ou au contraire très stressé, est essentiel pour la manière dont l'anesthésie se passera durant et après l'opération.

Pourquoi les critiques sur cette absence de prise en compte du travail de communication restent-elles le plus souvent non publiques ? A notre avis, parce que le personnel pense qu'il s'agit d'une dimension « personnelle » du travail de chacun. *Or, dans la dimension de la communication avec le patient on donne réponse à la*

question « comment me traite-t-on, pour qui me prend-on ? », question que les patients posent aux soignants, mais que ceux-ci posent aussi à leur encadrement.

Les patients sont-ils, par la manière dont on les touche, les retourne, les lave, les « pique », traités comme des « passifs », voire des organes sans âme ni parole, qu'on traite de manière muette voire hostile, qu'on rudoie, qu'on considère comme une charge inintéressante (voir ce qui s'est passé et se passe encore avec les personnes âgées). Ou sont-ils au contraire traités comme des personnes humaines, des gens qu'on écoute, qui ont des choses à dire, des avis à formuler, des demandes à faire qu'on peut tenter de prendre en compte ? S'adresse-t-on à eux comme à des imbéciles qui ne comprennent rien car pas assez instruits ou pas assez français et à qui on parle « petit nègre », ou comme à des gens qui, certes d'une culture différente que celle de la médecine, ont le droit de savoir ce qu'on va leur faire et pourquoi on le fait ?

Ces différents types de traitement des patients de la part du personnel médical et de soins, ne sont pas sans rapport avec la manière dont le personnel lui-même est traité par la hiérarchie médicale et administrative. Cette dernière en effet « donne le ton », offre des modèles et des exemples de la manière dont il serait « normal » de traiter les gens. Une infirmière ou une aide-soignante qui se font faire des reproches par le médecin devant le malade et sa famille, qui se font eux-mêmes rudoyer et houspiller de façon humiliante par la hiérarchie, ne seront ni enclins de traiter par contre « humainement » les patients (sauf comme un acte de résistance), ni enclins non plus à suivre les directives en matière de qualité.

S'agit-il d'une dimension purement personnelle ? Ou est-ce qu'au contraire ces fameuses dimensions « humaines » dans le secteur sanitaire et social représentent de fait les orientations culturelles, idéologiques et en dernière instance politiques du travail des soins ? Dans ce cas-là, on comprend à la fois mieux pourquoi on en parle si peu publiquement, et aussi, pourquoi il devient peut-être urgent d'en parler.

Cartes d'Identité

Nom : Frederik Mispelblom Beyer

Fonction : professeur de sociologie, chercheur au Centre Pierre Naville, université d'Evry

Spécialité : recherches et formations sur les démarches qualité et le management dans des entreprises et le secteur sanitaire et social ; socio-analyse des pratiques concrètes d'encadrement

Dernier livre paru : Au-delà de la qualité : démarches qualité, conditions de travail et politiques du bonheur, Syros-Alternatives Economiques, 1999 (2^{ème} édition).

Nom : Mouna El Gaied

Fonction : doctorante à l'université Stendhal, Laboratoire CED et PIC, sciences de la communication, université de Grenoble 3

Effectue une thèse sous la co-direction de B. Floris, maître de conférences en sciences de l'information et de la communication, et Frederik Mispelblom Beyer, a mené une enquête auprès de 75 membres du personnel d'un centre hospitalier de la région Rhône-Alpes.