

**ENTRE SOINS DE QUALITE ET QUALITES DES SOINS :  
ENJEUX DES DEMARCHES QUALITE DANS LE SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL.**

**Frederik Mispelblom Beyer**, professeur de sociologie, université d'Evry, Centre Pierre Naville.

Le secteur sanitaire et social, qu'il soit privé ou public, diffère du secteur de l'entreprise, qu'il s'agisse de l'industrie ou des services. Pourtant, des démarches inventées d'abord dans les entreprises, comme le management, le marketing ou la certification selon les normes ISO, se développent dans le secteur social et sanitaire, et même si elles y rencontrent des résistances, leur avancée est constante. On peut en arriver à se poser la question : si ces démarches s'y développent, est-ce que cela ne signifie pas que le secteur social et sanitaire est peut-être moins différent de l'entreprise qu'on ne le pensait ? Les soins, simple objet de consommation comme un autre ? Les patients, les aidés, les assistés, des " clients " à l'instar des autres consommateurs ?

Oui et non. Notre position dans ce texte consistera à montrer que le débat sur les différences réelles et supposées entre l'entreprise où est censée dominer la technique, le matériel et la loi du profit et le secteur sanitaire et social où on est censé s'occuper de l'humain, peut être fructueux et ouvrir des perspectives pour l'une comme pour l'autre. Le secteur sanitaire et social peut y découvrir que l'humain aussi se chiffre qu'on le veuille ou non, qu'il y a toujours des limites à l'absence de profits, et que les soins sans matériel, techniques et technologies sont devenus impensables. De plus, les manières d'aider, d'assister et de soigner ne sont pas aussi variables et subjectives qu'une certaine approche de l'humain le laisse entendre, et l'esprit d'aide et de soins est aussi habité ici et là par des sentiments bien moins nobles. A l'inverse, on tentera de décrire comment l'entreprise n'est pas ce lieu froid et rationnel qu'on imagine, là aussi le " facteur humain " constitue une donnée décisive pour la réussite comme pour l'échec des transformations qui s'y mettent en œuvre. L'intérêt de démarches comme la certification ISO nous semble donc être de pouvoir faire tomber certaines cloisons entre des mondes qui trop longtemps se sont ignorés et qui ont, de ce fait, construit bien des préjugés nourris plus d'ignorance réciproque que de réelle connaissance.

Pour ce faire, nous distinguerons deux aspects des démarches qualité qui nous servent ici de fil conducteur : d'une part leur " objet " immédiat ( certification, accréditation, élimination de certains défauts, amélioration de la qualité) d'autre part leurs " enjeux ". Par ce dernier terme nous désignons la face cachée, ou la partie immergée de l'iceberg, des démarches qualité : les changements dans les conditions

de travail, dans l'organisation de la production, les luttes de pouvoir, les transformations du vocabulaire avec lequel on parle du travail et par là même le rapport vécu au travail des salariés. La face cachée enfin, c'est aussi le statut dans lequel consommateurs, clients, usagers, patients, assistés, sont traités et auquel les démarches qualité apportent des changements de nature variée et contradictoire. Notre propos fondamental sera de montrer que ces enjeux sont, *mutatis mutandis*, les mêmes qu'on se trouve dans l'entreprise industrielle ou de service, ou dans le secteur sanitaire et social. Car loin d'être relativement techniques, les démarches qualité et la question de la qualité qu'elles incluent, sont de nature essentiellement politique : elles demandent à chacun de s'interroger sur ce qui pour lui est " de qualité ", en vaut la peine, est digne d'être aimé, mérite des efforts et de l'argent. " Au-delà de la résolution des problèmes techniques, de l'identification et de la correction des dysfonctionnements, il s'agit d'accompagner des hommes et des femmes dans un changement profond de leur manière de travailler ( ). La qualité est une entreprise pédagogique quotidienne " (Caria e.a., 1999). En interpellant les sujets sur ce qui est pour eux le " bien ", le beau et le désirable, les démarches qualité, le plus souvent à leur insu, soulèvent des questions décisives sur et pour l'avenir de notre société.

On se servira d'exemples soit de première main de démarches qualité étudiées dans certaines entreprises, soit de seconde main qui nous ont été racontés par des intervenants du secteur sanitaire et social.

### **Accréditation et démarches d'assurance qualité**

Les démarches qualité, et spécialement la certification selon les normes ISO 9000, se développent dans le secteur sanitaire et social entre autres par le biais des procédures d'accréditation mises en place suite à l'ordonnance de 1996 concernant la réforme de l'hospitalisation publique et privée. L'accréditation ressemble aux démarches de certification dont elle s'inspire<sup>1</sup>: existence d'un référentiel conçu et expérimenté avec la profession (le Manuel d'accréditation), exigence de formalisation écrite de procédures pour un périmètre d'activités donné, nécessité de gérer ce système documentaire, dispositifs d'auto-évaluation et ensuite intervention d'experts-visiteurs extérieurs pour la visite d'accréditation, attribuée par un organisme national, le collège de l'accréditation, faisant partie de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. De plus, l'accréditation inclut explicitement des références aux démarches qualité et aux normes ISO 9000 dont elle reprend toute une série de rubriques (responsabilité

---

<sup>1</sup> ) Permettez-moi de signaler ici l'excellent guide intitulé *Qualité et associations du secteur sanitaire et social : premier état des lieux*, fait à partir d'une étude réalisée par l'UNIOPSS avec le soutien de la Fondation de France, avril 1999 : on y trouve un inventaire des principales démarches qualité appliquées au secteur sanitaire et social, avec leurs principes, illustrés par des exemples.

de la direction, définition des responsabilités du personnel, etc.). Elle se donne pour objectif de " s'assurer que les établissements développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients ". La place centrale accordée au patient et l'insistance sur la " démarche continue et progressive " font écho aux principes de la qualité totale.

On trouve dans l'accréditation les mêmes sources d'inspiration anglo-saxonne, relayées comme cela est souvent le cas dans le secteur sanitaire et social par des expériences canadiennes. La philosophie fondamentale de cette inspiration est résumée dans le slogan des normes ISO : " écrire ce qu'on fait et faire ce qu'on écrit ". L'une des questions-clés soulevées par les démarches d'assurance qualité dans le secteur sanitaire et social sera alors de savoir si les vicissitudes des interventions médicales et sociales et la variabilité des facteurs humains qui y sont à l'œuvre peuvent être mises sous forme de procédures écrites formalisées, ou s'ils échappent à cette formalisation.

L'accréditation est en France, mais aussi en Suisse, une incitation puissante et de plus en plus obligatoire pour un certain nombre d'établissements à se lancer dans une démarche d'assurance qualité. Pourtant, cette incitation a rencontré un certain succès dans des établissements volontaires pour participer à une expérimentation de cette démarche avant même qu'elle ne devienne plus contraignante. En Suisse, où nous avons pu faire des recherches dans ce domaine, l'obligation d'être accréditée a plané pendant un temps sous la forme de la menace, mais s'éloigne progressivement. Si un certain nombre d'établissements s'y lancent c'est donc généralement plus par anticipation (être les premiers, se faire bien voir des tutelles) que par contrainte, et bien d'autres raisons interviennent pour expliquer l'engouement actuel pour ces démarches qualité. Pour tout ce qui concerne le domaine de l'économie sociale par exemple, la raison principale du développement de démarches d'assurance qualité est le fait que les entreprises sociales (Centres d'aide par le travail, établissements de travail pour détenus de l'administration pénitentiaire) travaillent sur un marché concurrentiel où elles sont prises dans le tourbillon général des démarches de certification qui affecte toutes les entreprises industrielles et de service. Travailler pour certains donneurs d'ordre fait souvent de la certification une obligation commerciale incontournable.

On peut donc dire que les domaines concernés par les démarches qualité sont très variés, et c'est pourquoi il nous semble pertinent de parler du secteur sanitaire et social dans sa globalité, car ces démarches ne sont pas réservées à tel type de population, de soins ou d'aide spécifiques. Dans certains grands établissements hospitaliers, on trouve une grande variété de publics nécessitant des soins très

diversifiés (Caria e.a., 1999) auxquels une même démarche s'applique. Le fait que ces démarches se développent le plus souvent sur la base du volontariat, même si ce dernier est probablement avant tout le fait des dirigeants et administrateurs des établissements, indique qu'elles rencontrent une certaine adhésion et pas seulement des résistances. Rien ne permet de penser que ces dernières sont plus fortes que dans la plupart des entreprises, même s'il y a des réticences assez répandues dans des domaines apparemment beaucoup moins standardisés que ceux dont nous venons de parler, comme celui de l'Action éducative en milieu ouvert par exemple (Domenichini, 1999).

Nous aurions donc tendance à en conclure dans un premier temps que le succès pratique des démarches qualité dans le secteur sanitaire et social montre qu'il n'y a pas plus de difficultés à les développer-là que dans les entreprises industrielles ou de service, et que même s'il y a des spécificités, celles-ci ne sont peut-être pas plus importantes et décisives que les différences qu'il peut y avoir entre une entreprise qui fabrique des automobiles et une autre qui s'occupe d'hôtellerie. Néanmoins, quand on y regarde de plus près, quand on analyse sur le terrain comment ces démarches fonctionnent vraiment, les choses apparaissent moins simples, les critiques faites par des intervenants sociaux ou de santé persistent même si les démarches se répandent, et méritent examen. On montrera à partir d'exemples de démarches d'assurance qualité que ces critiques rejoignent certaines de celles qui ont cours dans l'industrie et les services, et qu'elles ne sont pas vraiment spécifiques au secteur sanitaire et social. Partant de là nous voulons soutenir l'idée que les lignes de partage les plus importantes ne séparent pas les entreprises d'un côté, le secteur sanitaire et social de l'autre, mais certaines orientations dans ces deux domaines contre d'autres orientations dans ces mêmes domaines.

### **Des questions : la santé et le social sont-ils comparables à l'industrie, et vice-versa ?**

Les démarches de certification s'appliquent indifféremment à toutes sortes de domaines, et cela donne l'impression qu'un même modèle de formalisation et d'organisation du travail se répand au-delà des différences dans la nature des activités. Il en résulterait une certaine standardisation. Or, cette dernière serait incompatible avec un domaine où l'humain a autant de place que le secteur sanitaire et social. Elle serait même impossible, mise en échec par la variabilité de la subjectivité et de l'infinité de cas spécifiques. Faire dans l'humain, s'occuper des personnes, soigner des malades, aides des jeunes à se réinsérer, seraient des activités fondamentalement différentes de celle de la fabrication de pots de yaourt. Autant cette dernière activité serait standardisable, autant les autres ne le seraient pas. La production industrielle relève de la sphère du tangible, le secteur sanitaire et social plutôt de celle de l'intangible.

Une deuxième série de questions concerne la place des patients et des personnes aidées. Les démarches qualité imposent la notion de " client " pour désigner les publics consommateurs ou bénéficiaires de services, mais aussi pour établir une relation dite de " client à fournisseur " entre salariés d'une même entreprise. C'est probablement ici que les critiques sont les plus vives à l'égard des démarches qualité : comment peut-on traiter en " clients " les patients d'un hôpital, qui sont dans une position de subordination par rapport au pouvoir médical, qui souvent ne payent pas eux-mêmes les soins qui leur sont délivrés et ne sont donc en rien comparables aux clients consommateurs des produits et des services. Pourquoi diable vouloir traiter des patients, qui sont là pour se faire soigner, qui ont envie de se faire prendre en charge, en clients, ce qui suppose de tous autres comportements et attitudes ? Un autre aspect de cette critique est que traiter les patients en clients signifie les exposer encore plus qu'avant à la loi du profit, ouvrir les portes pour que l'esprit du secteur privé hospitalier envahisse tout le secteur de la santé, ce qui risquerait d'aboutir à des situations comme il en existe en Grande Bretagne, où les critères financiers mais aussi l'âge des patients interviennent de plus en plus dans la sélection de qui sera soigné vite, et qui le sera moins vite ou ne le sera pas. Le débat ici fait écho à celui qui a marqué tous les services publics quand tutelles et dirigeants y ont introduit la notion de " client " à la place de celle, traditionnelle, " d'usager ".

Enfin, troisième série de questions, liée à la précédente tout en étant plus générale, celles concernant le statut de " objet de consommation " donné aux soins par le biais des démarches qualité mais aussi d'autres formes de modernisation du secteur sanitaire et social. Les soins se consomment-ils ? Question qui fait écho à un autre débat qui est celui sur " l'exception culturelle " : la culture est-elle un objet de consommation comme un autre ? Ou encore au même genre de questions posées dans le domaine de l'enseignement : le savoir est-il un objet de consommation et les élèves-étudiants sont-ils des consommateurs de savoir ? Cette consommation suppose à la fois la présence de la loi du profit déjà signalée ci-dessus, selon le principe " tout s'achète et tout se vend ", et une attitude passive qui consiste à " avaler " ce qu'on vous offre ou ce que vous achetez, dans une logique de " satisfaction des besoins " qui est en effet celle des démarches qualité. A la limite et pour schématiser, cela signifierait que les soins se réduiraient aux médicaments qu'on administre et absorbe.

Ces trois séries de questions se conjuguent par rapport à une tendance qui se manifeste à l'égard du secteur hospitalier (moins, et pour cause, à l'égard du secteur social) et qui consiste, de la part de certains journaux ou revues, à établir des " cartes Michelin des meilleurs hôpitaux ", en comparant des critères comme les soins, les prix, mais aussi la restauration et l'hébergement. Ce qui avait déjà été fait des années auparavant pour les établissements scolaires, avec des palmarès décernés aux meilleurs scores de réussite au bac, et se fait maintenant régulièrement sans que cela ne suscite de polémiques.

Voilà donc les différents termes du débat que les démarches qualité, parmi d'autres, soulèvent dans le secteur sanitaire et social. On va maintenant les examiner un par un, en comparant sur la base d'exemples empiriques ce qui se passe dans le domaine de l'entreprise et dans celui du social et du sanitaire.

### **Standardisation et technique versus variabilité et subjectivité ?**

L'un des préjugés les plus répandus à propos des entreprises est que la présence de techniques et de machines en leur sein aboutiraient à une standardisation voire une automatisation de leurs processus de production, créant ainsi une situation totalement incomparable à ce qui se passe dans des secteurs s'occupant essentiellement de l'humain. La taylorisation des activités aurait fait des hommes eux-mêmes quasiment des robots ne faisant qu'exécuter mécaniquement des gestes qui leur seraient imposés. Sans nier ici les succès incontestables de la standardisation industrielle depuis un siècle ni la réussite partielle du taylorisme dans bon nombre d'entreprises, il convient pourtant de relativiser largement ce tableau qui dessine des clivages entre domaines de l'activité sociale et économique qui disparaissent quand on va y regarder de plus près. Tout d'abord, l'une des découvertes de la sociologie du travail et de l'ergonomie d'entreprise a été de constater que le taylorisme ne peut fonctionner que grâce à l'inventivité des dits exécutants dont la tâche ne consiste pas tant à exécuter sans réfléchir des procédures qu'à les contourner quand elles sont difficiles à appliquer. C'est ce que D. Linhart appelle la " participation paradoxale " (1991). L'ergonomie en a même tirée une loi, très importante pour la critique de la philosophie fondamentale des normes ISO 9000, qui est que le travail prescrit ne correspond jamais au travail réel, qu'entre les deux il y a toujours des décalages insurmontables, et qu'on ne pourra donc jamais " écrire tout ce qu'on fait et faire tout ce qu'on écrit ". Cela signifie que même dans la plus standardisée, automatisée et sécurisée des processus de production (pensons au nucléaire par exemple), le facteur humain (Dejours, 1999) reste la base incontournable du travail. Et quand on regarde l'évolution des démarches qualité ces dernières années, on constate que les dirigeants et cadres d'entreprise ont pris acte de cette importance du facteur humain, qui implique que la contrainte a des limites et que la négociation d'un minimum d'adhésion aux démarches est indispensable. On aurait donc intérêt, pour mener des démarches qualité en connaissance de cause et élaborer des stratégies pertinentes, à se débarrasser d'une vision trop techniciste et de l'entreprise et de ces démarches, même au coeur de l'industrie.

L'analyse d'une démarche d'assurance qualité dans une grande entreprise à haute technologie a

largement confirmé ce constat (Mispelblom, 1999 a. et b.). Dans un premier temps, la centaine de chefs de projet réunis pour mettre en œuvre le projet dans leurs services respectifs, avait une vision très techniciste de la démarche : apprendre le vocabulaire spécialisé des normes (processus, système qualité, non-conformités, procédures, analyse de risques), réunir des groupes d'analyse du travail, rédiger des procédures, faire des audits " à blanc ", tout cela était pour eux " technique ", c'est-à-dire de l'intangible, du dur, du solide, de l'invariable. Il y avait même un terme pour désigner les contraintes nationales imposées par la direction générale, en matière de délais de livraison de telle ou telle installation, qui disait cela clairement : c'étaient des " invariants ". Et ce qui intéressait particulièrement une partie de ces chefs de projet c'était qu'avec ces procédures ils allaient " enfin savoir ce que font vraiment les opérateurs " et disposer de plus d'éléments de contrôle de leur travail.

Or, au fur et à mesure de l'avancement du projet, et sous l'impulsion notamment du pilote général de celui-ci pour qui la certification n'était qu'une étape sur le chemin d'une transformation plus fondamentale du travail, la vision techniciste s'est fissurée puis disloquée, pour faire place à une vision beaucoup plus sociale et politique de la démarche. Certains chefs de projet voyaient dans le mot de " procédure " une approche " procédurière " du travail, selon laquelle le respect formel d'une consigne écrite est plus important que la qualité réelle du travail effectué. On commençait à craindre que la notion de " non-conformité " ne soit interprétée comme " moraliste " par certains opérateurs. On constatait que les soi-disant " invariants " étaient interprétés d'une manière assez variable d'un service à un autre, et que les opérateurs étaient en train d'inventer de nouveaux moyens de résistance pour échapper au contrôle accru de leur activité. Certains chefs de projet en ont conclu qu'il valait mieux discuter de nouveaux terrains d'entente possible, et par exemple de la possibilité pour les opérateurs de se servir de la logique de l'assurance qualité pour obtenir des améliorations dans certains aspects de leurs conditions de travail, pour jeter les bases d'un nouveau " contrat social " d'entreprise. Vécu comme relativement neutre au début, ce projet, qui s'est déroulé sur une période de trois ans, est devenu au fur et à mesure l'un des éléments de la politique sociale de l'entreprise, où démarches qualité, management et gestion des ressources humaines étaient étroitement imbriqués.

Les discussions et problèmes rencontrés dans la mise en place d'une démarche d'assurance qualité dans l'entreprise peuvent être très comparables avec ce qui se passe dans le secteur social. En Suisse, la directrice propriétaire d'une maison de retraite qui a voulu utiliser la certification ISO pour changer le management de son équipe se demandait, en référence aux formulaires ISO : " pour nous, quel est notre produit fini ? on peut dire que se sont des êtres humains, mais aussi que se sont des morts ! ". La stratégie générale de cette directrice, qui de par sa position pouvait d'emblée avoir une certaine distance critique à l'égard des approches ISO et des consultants qui venaient la solliciter, a consisté d'une part à

utiliser la certification comme un moyen de restructuration de son équipe de direction et de ses manières de diriger, et d'autre part à ne prendre dans les exigences de la norme que le strict nécessaire : " le jargon qualité était trop compliqué ". Dans cette stratégie, les enjeux en termes de transformation des manières de travailler étaient plus importants que l'obtention de la certification, qui de plus, n'avait pas ici beaucoup de valeur commerciale. L'esprit dans lequel a été menée la démarche impliquait donc de se servir des normes ISO sans en être trop dupe, à les critiquer voire les ridiculiser, pour ne pas les mettre en œuvre avec " le nez sur le guidon " mais avec distance. Cela a créé une émulation et un certain plaisir dans le travail, avec pour conséquences entre autres une diminution de 50% de l'absentéisme. Une fois habituée à l'écriture de procédures " allégées ", l'équipe a même créé une " procédure pour l'organisation de la fête de Noël ". Celle-ci, grâce à une meilleure organisation, n'en a été que plus joyeuse : la formalisation de certaines activités jugées non-formalisables (ludiques, spontanées, festives), donc l'imposition d'un minimum de cadres écrits, peut avoir au contraire pour effet une plus grande inventivité et une plus grande créativité.

Standardisation et créativité ne s'opposent donc pas forcément. Une des constantes de toutes les démarches que nous avons pu analyser est justement que bien qu'utilisant les mêmes formulaires ISO, la stratégie, l'histoire et les formes concrètes prises des démarches sont toujours singulières. Une démarche commencée sur la base du volontariat, suscitant de l'enthousiasme, aboutissant même au fait que des professionnels acceptent de se parler de ce qui leur est le plus intime dans le travail (par exemple, la manière de soigner ou d'aider), peut changer de sens et d'esprit quand l'accréditation devient obligatoire et que restrictions budgétaires et suppressions de postes changent le climat social (Caria e.a. 1999).

### **Les patients, des clients comme les autres ?**

Les démarches qualité sont de puissants promoteurs de la notion de " client " dans les activités où elles se développent. Cette notion de client est leur porte drapeau, ce par quoi elles se valorisent, car la satisfaction des clients, de leurs besoins et désirs, leur écoute, le fait de les mettre au centre des préoccupations, font que ces démarches ne peuvent qu'être considérées comme " bonnes ", du moins dans leurs prétentions et objectifs affichés. Dans ces démarches il y a ainsi deux aveuglantes évidences : la première est que " la qualité, tout le monde ne peut qu'être pour ", et la deuxième, que le " bien " des clients est le bien suprême de toute activité économique et sociale.

Les débats sur le passage du terme " d'usager " à celui de " client " dans les services publics a pourtant montré que le fait de traiter des gens en clients n'est pas apprécié par tout le monde. Les critiques faites à la notion de client comportent une double face, par rapport à laquelle le mot client fait symptôme : en se

battant pour ou contre lui, il s'agit d'autre chose qui se joue à la fois dans ce mot et ailleurs (Mispelblom, 1992). D'un côté en effet des personnels des services publics s'opposent à cette notion pour les conséquences financières et inégalitaires qu'elle implique : transformer les usagers en clients se serait traiter ces derniers en fonction du montant de leur bourse et non plus en fonction de leur statut égalitaire d'usager-citoyen. Cette critique rejoint l'un des aspects de la critique de l'introduction de la notion de client dans le secteur de la santé. Mais d'un autre côté, existe une opposition moins avouable au passage de l'usager au client : l'usager est celui qui ne paye guère le service qui lui est rendu, on traite parfois l'usager par boutade en " usagé ", car c'est aussi celui qui, étant donné ce statut de " non payant " qu'on lui imagine, n'a pas droit à la parole : " c'est pas aux usagers de me dire comment je dois conduire mon train ! " nous affirmaient ainsi un certain nombre de conducteurs de métro interviewés à l'occasion d'enquêtes à la RATP.

En référence à ces débats déjà anciens, comment se pose la question du " client " dans le secteur de la santé et du social ? Ici les critiques sont au moins doubles : d'un côté, comme par rapport aux services publics, on critique la notion de client pour ce qu'elle évoque du secteur privé (existant depuis longtemps même au cœur des établissements de santé publics), de rentabilité et de profit, et finalement de diminution de la qualité des soins en fonction de critères financiers. De l'autre, on estime incongru que des patients, ou des assistés, donc des gens en position subordonnée par rapport au pouvoir médical et social, soient traités en clients car cela leur attribuerait une autonomie et des possibilités d'action illusoires et artificielles.

Pourtant, on peut rappeler que les assistantes sociales ont sans trop de difficultés adoptées la notion de client pour parler des personnes et familles aidées, dans les années cinquante, suite à l'introduction du " *case work* ", méthodologie d'intervention psycho-sociale importée, comme le management, des Etats-Unis durant la mise en œuvre du plan Marshall. La notion de " client " qui, aux Etats-Unis, faisait corps avec le statut de profession libérale des psychologues, médecins, travailleurs sociaux, avait en France à cette époque des vertus anti-catholiques, anti-charité, dans un secteur social fortement compromis sous Vichy et qui cherchait à se racheter une vertu (Verdès-Leroux, 1976). " Client " s'opposait à " assisté ", " mendiant ", " secouru ", et l'intervention passait de la charité, du contrôle et de la moralisation à l'aide professionnelle.

Sans oublier les autres aspects de la critique qu'on peut faire à la notion de client, il nous semble que la situation est aujourd'hui en partie analogue à celle décrite ci-dessus : il y a dans le terme de client une charge qui va à l'encontre du pouvoir médical. Oui, le terme de client est en partie incompatible avec celui de patient, dans la mesure même où il cherche à modifier un tout petit peu la position subordonnée de ce patient qui littéralement signifie " passif ", " celui qui patiente " et doit patienter. D'où le fait qu'une partie des infirmières et du personnel administratif des hôpitaux adhère aux démarches qualité quand ils y voient une possibilité de faire évoluer par exemple l'attitude de certains médecins en termes de temps

d'attente des patients pour leurs rendez-vous, une possibilité pour qu'on communique aux patients leurs diagnostics avec des explications, une chance pour leur donner accès au dossier médical<sup>2</sup>.

La notion de client est polysémique et n'a pas que des connotations commerciales. A l'origine elle désignait les plébéiens de Rome qui en échange de jeux et de nourriture donnaient leur soutien politique à tel sénateur. De là le terme de " clientélisme ". Le mot est utilisé aussi dans le secteur de la justice, où juges, avocats et policiers parlent des " clients " pour désigner les suspects. Ces multiples sens du mot sont présents dans le projet de certification ISO 9000 d'un foyer d'accueil pour jeunes placés par des juges en Suisse, qu'il nous a été donné d'analyser. Dans ce cas aussi, les promoteurs de la démarche insistaient sur le fait que l'obtention de la certification n'était pas le but principal, ce qui leur importait était de stabiliser les pratiques de l'équipe, éviter tant que faire se peut certaines situations de panique, et mieux accueillir les stagiaires des écoles en leur donnant des réponses plus claires sur les objectifs de ce foyer. L'une des difficultés ici a été de savoir qui étaient les clients : les parents ? la police ? les juges ? les jeunes eux-mêmes ? Qui donc s'agissait-il de satisfaire ? A creuser ces questions les éducateurs se sont rendus compte que la satisfaction des uns pouvait entraîner l'insatisfaction des autres. La préparation de la certification a entraîné ainsi de multiples discussions sur le travail, et une revalorisation des écrits existants, véritable " trésor " d'expériences sociales dont on ne se servait jamais auparavant (dossiers d'accueil, comptes-rendus d'évaluations, notes de discussions de cas). Les éducateurs ont élaboré ensemble un " protocole de traitement des fugues ", après identification de l'éventail des situations différentes en la matière qui s'étaient produites sur une période de trois années. Les fugues, au lieu d'être considérées, comme avant, comme des " échecs ", ont été rangées parmi d'autres événements dans la rubrique " aléas ", substitut du terme jugé trop péjoratif de " non-conformité " des normes ISO. Ces aléas sont devenus des choses " normales ", des choses dont on s'était rendu compte, grâce à l'objectivation permise par les écrits, qu'elles étaient le pain quotidien, l'extraordinaire devenu tout à fait ordinaire. Avec ce protocole d'intervention les éducateurs reconnaissent " dégainer plus vite qu'avant ", les jeunes sortant en partie affaiblis de cette formalisation des procédures devant une équipe d'éducateurs que la démarche a ressoudée. On peut pourtant penser aussi que le fait d'avoir moins à se préoccuper de démarches administratives à l'égard de la police et des juges a permis aux éducateurs de trouver plus de temps et d'espace pour de nouvelles formes d'écoute et de discussion avec les jeunes.

Un dernier point qui nous ramène au secteur marchand : certaines des critiques faites à l'usage de la notion de client dans le secteur social et sanitaire laissent entendre que les clients des commerces et de l'industrie ne seraient pas, eux, dans une position subordonnée par rapport aux entreprises. Rien n'est

---

<sup>2</sup> ) Les pratiques militantes d'une partie des malades du Sida pourraient ici être citées comme exemple extrême de la manière dont des patients peuvent revendiquer un statut de " client ", ou du moins, s'opposer au statut passif que celui de patient leur assigne habituellement. Grâce à ces pratiques on assiste à des transformations qui nous semblent parfois assez fondamentales, comme le fait d'organiser des réunions d'évaluation de dossiers de patients en la présence de ceux-ci.

plus faux à notre avis. A l'exception de ces " gros clients " que sont les donneurs d'ordre ou les acheteurs (exemple : chaînes de supermarchés à l'égard des agriculteurs ou des industriels), la grande masse des clients est dans une situation assez comparable à celle des patients de l'hôpital. Des " rois ", les clients des compagnies d'aviation qui attendent que leur avion veuille bien décoller, à qui on dit rarement les raisons réelles des retards et à qui on offre rarement des dédommagements ? Des " rois ", les consommateurs des supermarchés qui y sont soumis à un savant système obéissant à la loi du " un îlot de pertes dans un océan de profits " (Dupuy/Thoenig, 1986), visant à leur faire dépenser un maximum d'argent au moyen d'une organisation de plus en plus pointue des rayons, têtes de gondole, publicité, cartes d'achat et de crédits " privilégiées ", destinés à les fidéliser c'est-à-dire à les rendre les plus dépendants possible ? Il faut entendre des commerciaux parler des clients en dehors de leur présence pour saisir le statut réel de ceux-ci : les campagnes de publicité sont décrites comme des " piqûres " impliquant des " piqûres de rappel ". On voit que la comparaison entre les clients et les patients n'a rien de fortuit !

### **Les soins, objets de consommation ?**

Alors, peut-on en déduire que les soins, l'aide sociale, les conseils, l'enseignement, la culture, sont des objets de consommation parmi d'autres, sans spécificité aucune ? Que les soins sont en réalité des produits, fabriqués par l'hôpital transformé en entreprise de production de soins ? Que les hôpitaux peuvent, tels de vulgaires hôtels ou restaurants, être comparés les uns aux autres selon des critères de coût-efficacité des soins, pourcentages de réussite d'opérations, amabilité de l'accueil, qualité de la restauration et de l'hôtellerie ?

Il nous semble que là encore, les critiques faites à cette idée de consommation des soins, de ravalement des soins au niveau d'un simple objet de consommation, ratent en partie leur cible. Elles confondent en effet une nouvelle conception, une nouvelle approche des soins, avec la réalité de ces derniers. Dira-t-on que l'amour conjugal devient réellement un objet de consommation parce qu'on dit que " le mariage se consomme " ? Il en va de même des soins : ce n'est pas parce qu'on parle de " consommer l'hôpital " que celui-ci devient effectivement un objet de consommation, de même que ce n'est pas parce qu'on appelle le pain, le fromage et le vin des " objets de consommation courante " qu'ils se réduisent à cela. Notre démonstration sera donc là encore de montrer que le secteur de la consommation d'où vient ce nouveau vocabulaire est bien plus riche et compliqué, bien plus " noble " et vertueux, qu'un certain vocabulaire commercial ne le laisse entendre.

Mais tout d'abord, quelques bémols à propos de la noblesse présumée des pratiques médicales, supposées à une grande distance du monde de la consommation. N'y allons pas par quatre chemins : l'appât du gain n'est tout de même pas totalement absent chez tous les médecins, chirurgiens, patrons de services ou de cliniques, et pas seulement dans le secteur privé des hôpitaux. Ensuite, dans la pratique médicale elle-même, une tradition ancestrale fait du patient un être dénué d'être, privé de parole, dont le discours sur sa souffrance n'a pas à être pris en compte (Clavreuil, 1972), dont le médecin examine les organes dans une savante mise en scène de la séparation du corps et de l'esprit : " comment se comporte le foi de la chambre 18 ? ". La médecine est avant tout un ordre, un système de pouvoir du corps médical sur les patients, et s'il a été jugé nécessaire il y a déjà bien des années " d'humaniser " les hôpitaux, ce fut une façon de reconnaître le caractère inhumain de certaines approches médicales. Les médecins prescrivent des ordonnances, comme les juges, et les médicaments doivent être " administrés " : n'a-t-on pas là le modèle typique de la consommation de soins, du consommateur réduit à la plus parfaite passivité ?

Dans ce sens, établir des Guides Michelin des hôpitaux, publier des évaluations comparées d'établissements, ne nous semble pas en soi scandaleux : c'est un juste retour des choses, une histoire d'arroseur arrosé, un petit grain de sable dans les rouages puissants du pouvoir médical. Reste par contre à examiner en quoi le fait de parler des soins comme " objets de consommation " ne permet pas de comprendre ce qui se passe vraiment dans les soins, et pas non plus d'ailleurs ce qui se passe dans la consommation de " produits " proprement dite. Il s'agit encore une fois de montrer que les clivages principaux n'opposent pas " le monde des soins " d'un côté, celui de " la consommation " de l'autre, mais passent au milieu de ces deux mondes.

Ce que propage en effet l'idéologie de la consommation, et ce qu'elle partage avec certaines dimensions de l'idéologie médicale, c'est la représentation d'un individu sans désir, sans parole, sans subjectivité, réduit à la pure satisfaction de ses besoins : à tel mal, tel remède, à tel appetit, telle nourriture, à telle envie, tel objet, sans pertes ni déchets, sans reste, dans une parfaite symétrie entre ce que les consommateurs demandent et ce que les entreprises offrent (" ce que vous rêvez, nous on le fait "). Mais l'existence de cette idéologie ne fait pas disparaître pour autant les sujets humains en chair et en os qui eux, continuent à rester toujours insatisfaits, car les désirs humains ne peuvent pas se combler, se rassasier, se gaver, ils obéissent au principe du " ce n'est pas tout à fait ça " et " encore ". Ce que promet l'idéologie de la consommation c'est le bonheur assuré par l'intermédiaire des produits et des services. Mais il se trouve qu'il y a des gens qui refusent ces formes-là du bonheur et qui savent que si bonheur il peut y avoir, il ne peut aussi qu'être éphémère, le bonheur éternel étant synonyme de mort.

Même donc les consommateurs ordinaires, les " vrais ", les consommateurs de hamburgers ou de produits dits de qualité, les consommateurs entièrement " aliénés " par la publicité, même ceux-là connaissent des doutes et des ratés, gardent des restes. Dans les *fastfood* on peut se salir les mains, se

lécher les doigts, ne pas " bien " se tenir à table, amener les enfants sans que ça dérange : ce n'est pas un simple contexte de ce qu'on mange, c'est aussi cela qu'on consomme, qu'on apprécie, qu'on aime. Et là-dessus, un *fastfood* qui s'installe sur le plateau du Larzac, par où le scandale commence ? ! Un *fastfood* ce n'est jamais seulement des objets de consommation, du gavage sans odeur ni saveur, c'est un acte culturel et politique auquel s'oppose petit à petit une partie de la lutte contre l'Organisation Mondiale du Commerce, sans parler des compromis qui s'en suivent sous la forme des hamburgers au roquefort. Les objets de consommation apparemment les plus banaux ne sont jamais de simples objets de consommation.

### **Qualités des soins et soins de qualité.**

On en arrive ainsi au terme de notre balade, parfois un peu provocatrice. Ce qu'on a voulu montrer, suite à des recherches qui se sont déroulées aussi bien dans le secteur sanitaire et social que dans celui de l'entreprise, c'est que les clivages fondamentaux, les divergences d'orientations, de stratégies, de politiques, les oppositions entre projets de société, ne se confondent pas avec les différences de secteur mais transgressent celles-ci. Pour le dire simplement, à propos des démarches qualité : il y a des démarches très néo-tayloriennes, menées d'une façon très autoritaire, avec menaces de licenciement à l'appui, dans des entreprises et dans le secteur sanitaire et social, tout comme il y a des démarches contraires dans ces deux secteurs. Cela signifie que les démarches qualité, à condition d'être menées d'une manière généraliste, peuvent constituer un terrain de larges contacts et alliances avec des gens de domaines et d'activités très différents : le point commun n'étant pas que les uns fassent des soins et les autres des voitures, mais que les uns comme les autres sont confrontés aux démarches qualité.

Ce qu'on a tenté de faire aussi est d'éclairer à notre façon sociologique un certain nombre de qualités des soins, entendons par là un certain nombre de leurs caractéristiques, propriétés, attributs. Les soins ont des qualités techniques (appareils utilisés, modes opératoires, protocoles d'intervention), financières (leurs coûts, souvent comparés à d'autres), institutionnelles (le pouvoir médical, le statut des patients) culturelles et subjectives (l'idéologie médicale, souffrances et jouissances des patients comme du personnel). S'il y a des malentendus et des polémiques à propos des qualités des soins c'est parce qu'ici souvent chacun regarde midi à sa porte, les facettes des qualités des soins des uns n'étant pas les facettes des autres.

Reste une question de taille, à laquelle il ne nous appartient pas de répondre : qu'entendre par " soins de qualité " ? Sans y répondre (car la réponse appartient à chacun), indiquons néanmoins quelques pistes. Cette question est avant tout hautement politique : ici on découvre que la qualité, ou le bien, des uns, n'est pas la qualité, ou le bien, des autres. Ici on découvre que le bonheur des uns peut faire le malheur

des autres, et inversement. Hautement politique cette question l'est car elle interpelle chacun sur le fait de savoir " quel est votre souverain bien ? ". La santé avant tout ? Tout va si la santé va ? Pourvu qu'on ait la santé ? Une partie des citoyens semble le penser, d'autres, ceux qui fument, boivent trop d'alcool c'est-à-dire semblent préférer passer une bonne soirée avec des amis tout en sachant que cela raccourcit peut-être un peu leur vie, ou, exemple extrême, les boulimiques, les anorexiques, ou ceux qui font la grève de la faim, semblent penser le contraire.

Alors, finalement, des " soins de qualité ", ce serait quoi ? La réponse appartient à chaque lecteur personnellement, et à tous les lecteurs ensemble.

## Bibliographie

Caria e.a. 1999 = ?

Clavreuil J. : L'Ordre médical, Ed. du Seuil, 1972

Dejours C. : Souffrance en France, Ed. du Seuil, 1999

Domenichi M. La question de la qualité dans le secteur de l'AEMO, mémoire de maîtrise, Paris XIII, 1999

Dupuy/Thoenig : La loi du marché, Ed ? 1986 ?

Linhart D. Le Torticolis de l'autruche ou l'éternelle modernisation des entreprises françaises, Ed. du Seuil, 1991

Mispelblom Beyer F. a. : Au-delà de la qualité : démarches qualité, conditions de travail et politiques du bonheur, Syros, 1999 (2<sup>ème</sup> éd.)

Mispelblom Beyer F. b. « Langages et stratégies du travail saisis par l'assurance qualité », Sociologie du Travail, sept. 1999

Mispelblom Beyer F. « Le marketing et le management confrontation enjeux de la modernisation des entreprises publiques », Gérer et comprendre, décembre 1992

Verdès-Leroux J. Le Travail Social, Ed. de Minit, 1976