



**HAL**  
open science

## L'orientation patient à l'hôpital public : un dispositif marketing comme compromis entre mondes

Patrick Gilbert, Marie-Eve Laporte

### ► To cite this version:

Patrick Gilbert, Marie-Eve Laporte. L'orientation patient à l'hôpital public : un dispositif marketing comme compromis entre mondes. Recherche et Applications en Marketing (French Edition), 2022, 38 (1), pp.076737012211126. 10.1177/07673701221112692 . halshs-03737724

**HAL Id: halshs-03737724**

**<https://shs.hal.science/halshs-03737724>**

Submitted on 25 Jul 2022

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

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

## **L'orientation patient à l'hôpital public : un dispositif marketing comme compromis entre mondes**

**(Patrick Gilbert et Marie-Eve Laporte<sup>1</sup>)**

Gilbert P, Laporte M-E. L'orientation patient à l'hôpital public : un dispositif marketing comme compromis entre mondes. *Recherche et Applications en Marketing (French Edition)*. July 2022. doi:[10.1177/07673701221112692](https://doi.org/10.1177/07673701221112692)

*Reuse is restricted to non-commercial and no derivative uses*

### **Remerciements**

Les auteurs remercient chaleureusement : le Dr Karim Zinaï, Président d'Almedys Life et co-directeur du MBA Santé de l'IAE Paris, ainsi que le pharmacien clinicien du service orthopédique, qui ont organisé l'accès au terrain de recherche et ont grandement facilité son déroulement ; le chef du service orthopédique et son équipe pour leur accueil et leur engagement ; le rédacteur en chef et les lecteurs anonymes pour leurs commentaires constructifs, qui ont largement contribué à améliorer l'article ; la chaire Mutations Anticipations Innovations (M.A.I) de l'IAE Paris-Sorbonne, qui a financé la retranscription des entretiens.

### **Résumé**

L'orientation patient est un concept qui s'est diffusé depuis quelques années déjà dans le monde hospitalier où, sous l'expression *Patient-Centered Care* (PCC), il participe à l'introduction de la logique marketing dans un nouvel espace. Au-delà du dessein de transformation du patient-objet en patient-sujet, ce concept reste difficile à cerner. L'examen de la littérature montre une diversité des approches qui a son écho dans les pratiques. Pour étudier la façon dont ces conceptions s'affrontent, mais parviennent aussi à s'accorder, l'article s'appuie sur les économies de la grandeur. Il se centre sur l'étude d'un cas emblématique, le service de chirurgie orthopédique d'un grand hôpital public parisien (3

---

<sup>1</sup> IAE Paris - Sorbonne Business School, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, Paris, France

semaines d'observation et 43 entretiens). La recherche montre que le PCC se construit séquentiellement dans une expérience partagée, mettant aux prises patients, soignants et direction. L'article définit alors le PCC comme un dispositif marketing résultant de compromis entre différentes conventions et propose des scénarios d'évolution.

### **Mots clés**

Conventions, *customer centricity*, économies de la grandeur, hôpitaux, dispositif marketing, *patient-centered care*, *patient centricity*.

### **Abstract**

The concept of patient centricity has spread for several years in hospitals where, under the expression Patient Centered Care (PCC), it contributes to introducing a marketing logic in a new environment. However, beyond the intention to transform the patient as object into a patient as subject, this concept remains difficult to define. A review of the literature shows a diversity of approaches that is echoed in practices. This article draws on the economies of worth to examine how these conceptions collide but also reconcile. It relies on the study of an emblematic case, the orthopedic surgery department of a large Parisian public hospital (3 weeks of observation and 43 interviews). The research shows that the PCC is built sequentially in a shared experience involving patients, caregivers and management. The article defines PCC as a marketing device resulting from compromises between different conventions and provides evolution scenarios.

### **Keywords**

Conventions, customer centricity, economies of worth, hospitals, marketing device, patient-centered care, patient centricity

### **Introduction**

Depuis la fin du XXe siècle, avec le marketing des services s'est développée une stratégie marketing consistant à centrer l'action de l'organisation sur l'individu à qui s'adresse l'offre en bout de chaîne, tel que le client (Lemon et Verhoef, 2016). Le monde hospitalier n'échappe pas à cette tendance. Ainsi, l'orientation patient dans la dispense de soins (*Patient-Centered Care* – PCC dans la suite du texte) est devenue un concept majeur dans le domaine des soins de santé, au départ dans les pays anglo-saxons. Selon le Royal College of General Practitioners (2014), le PCC vient en réponse au vieillissement de la population et à l'accroissement des maladies chroniques pour sauvegarder un système de santé économiquement fragilisé : en autonomisant les patients, il limite leur consommation de soin

et réduit les coûts de santé. Dans le même temps, il répond aux nouvelles attentes des patients, du moins à ceux d'entre eux qui ont accès à des services digitaux individualisés via « des sociétés telles qu'Apple, Samsung ou Google », ce qui « change inexorablement la relation entre patients et professionnels de santé » (Royal College of General Practitioners, 2014: 3).

L'idée de placer résolument le patient au centre de la dispense de soins s'est diffusée plus récemment en France, sous l'influence des pouvoirs publics. La loi française « Kouchner » qui affirme les droits des patients a marqué un tournant en 2002 puisqu'elle a amélioré l'accès à l'information médicale et la défense de leurs intérêts. En 2009, la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » a permis de responsabiliser les patients en leur donnant un cadre législatif pour leur éducation thérapeutique. Le 18 septembre 2018, le président Emmanuel Macron, lors d'une conférence dévoilant son projet de réforme du système de santé français, a exprimé la nécessité d'une exigence unique : « *Nous devons entièrement repenser notre système de santé en se fixant une seule exigence : mettre le patient au centre et garantir à tous les Français une meilleure prévention et un accès à des soins de qualité.* »

L'orientation patient a entraîné une transformation majeure des hôpitaux français. Ils doivent désormais encourager la collaboration entre le personnel soignant et le patient et sa famille, en tenant compte de leurs préférences et de leur environnement et en fournissant, en plus des soins, des informations, une éducation et un soutien clairs et compréhensibles. La mise en œuvre de cette approche soulève son lot de difficultés, car il en résulte de nombreux défis pour les soignants et les patients, dans un contexte où les hôpitaux français sont également confrontés à des contraintes budgétaires et normatives strictes. La pénétration progressive de l'orientation client conduit à introduire une logique marketing, là où prévalait une logique de dispense de soins par des sachants à des patients. Or la communauté médicale dans son ensemble se défie du marketing (Crié et Chebat, 2013). A l'instar de l'apparition du marketing dans l'univers d'internet (Busca et Bertrandias, 2020), le PCC peut être ressenti comme une agression par les soignants en général et tout particulièrement à l'hôpital public.

S'il paraît difficile de s'opposer à l'idée de « placer le patient au centre », le PCC se prête à de multiples interprétations selon les points de vue et les situations. Pourtant, les parties (patients, soignants et direction) semblent parvenir à s'ajuster. Peut-on, à partir d'une analyse des pratiques, parvenir à une définition du PCC qui permettra d'éclairer la question de l'orientation patient à l'hôpital public et de ses potentielles évolutions ?

Pour répondre à cette question, il importe d'abord de bien cerner ce que recouvre le concept de PCC dans la littérature. Si, dans son principe, le PCC suscite une certaine adhésion, sa mise en œuvre soulève des désaccords que nous proposons de lire comme des oppositions

entre « mondes », à l'aide de la grille des économies de la grandeur (Boltanski et Thévenot, 1991). Pour étudier la façon dont ces mondes s'inscrivent dans des situations concrètes où des accords parviennent à s'établir, nous nous appuierons sur l'étude du cas d'un service de chirurgie orthopédique dans un grand hôpital public, afin d'éclairer comment se construit le PCC en pratique, dans une approche de *marketing-as-practice* (Chautard et Collin-Lachaud, 2019; Skålén et Hackley, 2011). Nous nous consacrerons ensuite à la présentation et à la discussion des principaux résultats. Il en ressort que le PCC n'est pas un outil à déployer de façon descendante, mais un dispositif marketing initié par une volonté politique, co-construisant une stratégie dans une expérience partagée entre les patients, les soignants et la direction. Le PCC se construit dans la confrontation de différentes conventions que des éléments socio-matériels parviennent à faire converger pour parvenir à des accords. Nous concluons par les contributions théoriques et managériales, et par les limites et perspectives de la recherche.

## **Le Patient-Centered Care, un concept en quête d'une définition partagée**

### *De la Customer Centricity au Patient-Centered Care*

Thème central du marketing relationnel, l'orientation client, qui place la satisfaction des clients au cœur de la stratégie marketing des organisations, est évoquée depuis les années 1950 dans les manuels de management et de marketing (Shah et al., 2006). Pourtant, elle ne s'est vraiment imposée dans les entreprises que depuis les années 2000 (Lemon et Verhoef, 2016). Historiquement, les entreprises étaient orientées sur ce qu'elles connaissaient le mieux, c'est-à-dire leurs produits. A la fin du XX<sup>e</sup> siècle, le progrès des systèmes d'information a permis d'accéder à de nombreuses données clients individuelles (Lemon et Verhoef, 2016). Les entreprises ont alors pu adopter une approche centrée sur le client, ou *Customer Centricity* (Shah et al., 2006). En pratique, développer une telle stratégie reste complexe car cela requiert de reconsidérer la culture de l'entreprise, la structure organisationnelle, les processus, et les indicateurs financiers (Shah et al., 2006).

Depuis, la *Customer Centricity* s'est étendue à de nombreux domaines. Elle participe à une tendance de fond plaçant au centre l'individu destinataire de la prestation. Ainsi, on adopte des approches *User-Centric* dans le secteur informatique (Bhargav-Spantzel et al., 2007), *Tourist-Centric* dans le tourisme (Clergeau et Trinquocoste, 2018), et désormais *Patient-Centric* dans la santé (Palmatier et al., 2019). Selon Robbins et al. (2013: 350), « la *Patient Centricity* est un processus dynamique par lequel le patient régule le flux d'informations en provenance et à destination de lui par de multiples voies pour exercer des choix conformes à

ses préférences, ses valeurs et ses croyances ». L'approche centrée sur le patient a longtemps peine à s'imposer pour deux raisons principales : (1) les patients ne sont généralement pas les payeurs et (2) il existe une profonde asymétrie d'information entre les patients et les soignants (Agarwal et al., 2020). Elle est devenue essentielle dans le développement des médicaments (Lowe et al., 2016), les systèmes d'information sur les soins de santé (Paul et al., 2012), les analyses coût-efficacité (Goto et al., 2017), l'amélioration de l'adhésion des patients (Kok et al., 2018) et la recherche clinique (Lamberti et Awatin, 2017). La *Patient Centricity* peut être ainsi vue comme une orientation client adaptée au domaine de la santé.

A ce vocable très utilisé dans l'industrie pharmaceutique, l'hôpital préfère celui de *Patient-Centered Care* (PCC), sa déclinaison dans l'univers des soins. De quoi s'agit-il ? L'Académie Nationale de Médecine des Etats-Unis (Institute of Medicine, 2001: 6) définit le PCC comme « *le fait de prodiguer des soins qui respectent et répondent aux préférences, aux besoins et aux valeurs de chaque patient et de veiller à ce que les valeurs du patient guident toutes les décisions cliniques* ». De façon convergente, au Royaume Uni, il s'agit selon le Royal College of General Practitioners (2014: 4) de « *soins qui sont holistiques, responsabilisants et qui adaptent le traitement en fonction des priorités et des besoins de l'individu* ». La caractéristique la plus importante du PCC est donc la focalisation sur les besoins du patient de façon à adapter le traitement en fonction de ses priorités. Cette approche pourrait sembler quelque peu descendante (*top-down*), comme s'il s'agissait d'une délégation de responsabilité consentie par le soignant au patient, quand à l'inverse, certaines définitions de la *customer centricity* promeuvent une forme de co-création (voir la synthèse des définitions dans la littérature réalisée par Habel et al., 2020: 27). Le PCC suppose dans tous les cas la participation active des patients à la prise de décision en matière de soins. Les patients sont autonomisés (*empowered*) et encouragés à faire les choix les mieux adaptés à leur situation spécifique (Levinson et al., 2010). Cela correspond à une tendance de fond dans le domaine de la santé, la transformation du statut de patient, d'objet de soins à sujet acteur de sa santé (Agarwal et al., 2020; Crié et Chebat, 2013; Grewal et al., 2020). A la fin du XXe siècle, les crises sanitaires – Sida, sang contaminé, maladie de la vache folle – ont fait émerger la figure d'un patient acteur sur le plan collectif, dans des « groupes de pression pour être davantage entendus par les professionnels de santé et les responsables des politiques de santé publique » (Mougeot et al., 2018: 75). Trente ans plus tard, la digitalisation et l'accès direct à des services personnalisés ont intronisé un patient acteur à titre individuel, émancipé, qui entend occuper une place centrale (Agarwal et al., 2020).

Le PCC semble donc inéluctable, et il est d'autant plus important de bien l'appréhender. Les publications anglophones sur le PCC sont nombreuses dans le domaine de la santé publique, spécialement dans celles qui rendent compte de recherches en soins infirmiers, mais très peu en gestion. Des revues de littérature sont périodiquement réalisées en vue de cerner plus précisément ce que le PCC recouvre (voir Constand et al., 2014; Hobbs, 2009; Lusk et Fater, 2013; Morgan et Yoder, 2011; Rathert et al., 2013; Robinson et al., 2008). Si le concept reste encore flou, c'est sans doute en raison de la polyphonie des approches.

### *Polyphonie des approches du Patient-Centered Care*

Selon l'approche marketing dans laquelle nous nous inscrivons, le PCC se rapproche de la *Patient Centricity* et, en filiation plus indirecte, de la *Customer Centricity* (tableau 1).

Tableau 1. Trois concepts parents

Orientation stratégique	<i>Customer centricity</i>	<i>Patient centricity</i>	<i>Patient-Centered Care</i>
Finalité	Mettre l'accent sur les besoins du client et adapter les éléments du mix marketing en conséquence pour fournir la meilleure expérience et fidéliser le client	Se concentrer sur les besoins du patient et fournir une médecine personnalisée qui offre la meilleure expérience et les meilleurs résultats pour le patient	Se focaliser sur les besoins du patient pour adapter le traitement en fonction de ses priorités et de son environnement
Acteur-clé	Client	Patient	Patient

Le PCC examine alors le patient en tant que consommateur dans l'environnement des soins de santé. Il reconnaît au patient la capacité à faire des choix éclairés en matière de soins de santé qui équilibrent le coût, la qualité des soins, le temps de traitement et d'autres caractéristiques du service (Robinson, 2005). Cette capacité nouvellement reconnue au patient est argumentée par la plus grande couverture médiatique des questions de santé, et l'accès de tous à l'information médicale sur Internet. Ces évolutions influencent la relation entre les patients et soignants, désormais moins asymétrique. Plus activement impliqués dans la prise de décision, les patients utilisent des informations provenant de sources multiples et attendent du prestataire qu'il fournisse des soins répondant à leurs souhaits. Il en résulte un PCC que l'on peut voir comme un modèle de soins fondé sur l'offre et la demande, puisqu'on cherche à équilibrer l'offre de services par les prestataires avec les demandes des patients. Le PCC s'inscrit ainsi, selon Robinson (2005), dans une politique de santé orientée vers le marché.

C'est d'ailleurs un des trois piliers du modèle Value-Centered Marketing dans la santé (Agarwal et al., 2020). Ce modèle préconise d'identifier les préférences des patients pour leur apporter une prise en charge précise et personnalisée en adoptant une approche centrée sur le patient – le PCC. Cette approche « donne la priorité à l'expérience du patient, à la transparence, à la réduction de la charge du patient et à la protection de la vie privée », car tout comme les consommateurs qu'ils sont par ailleurs, « les patients veulent vivre une expérience sans couture et être considérés comme une personne dont on respecte le temps, les avis et les données » (Agarwal et al., 2020: 16). C'est cette approche marketing – en tant que « vision spécifique d'échanges équitables impliquant la création de valeur pour chacune des parties prenantes », selon la définition du marketing donnée par l'Association Française du Marketing<sup>2</sup> – que nous retenons dans la présente recherche.

Toutefois, cette perspective que Robinson et al. (2008: 601) qualifient quant à eux d'« économique » n'est pas la seule. De leur revue de littérature, ces auteurs dégagent trois autres perspectives qui inspirent des définitions distinctes du concept de PCC : des « *public policy definitions* » (fondées sur l'éducation, la participation et le respect du patient), des « *clinical practice definitions* » (fondées sur la prise en charge personnelle des soins, l'implication de la famille, la connaissance du patient) et des « *patient definitions* » (fondées sur l'implication du patient dans le traitement, l'information qui lui est offerte, la communication, la durée et l'accessibilité des soins).

Le choix de telle ou telle perspective ne relève pas de la seule sémantique. En pratique, la réponse à la question « qu'est-ce que le PCC ? » ne va nullement de soi, car les parties prenantes ne sont pas sur la même ligne. Il existe des points de vue différents qui s'affrontent et qui néanmoins, dans l'action, parviennent souvent à s'accorder. Mais la littérature ne nous éclaire guère sur la façon dont les protagonistes parviennent à des accords. Rathert et al. (2013) ont proposé un modèle conceptuel visant à intégrer l'ensemble des approches, mais qui ce faisant gomme les différences de conceptions. Or celles-ci ont leur justification. La littérature existante ne constitue donc pas en tant que telle un cadre théorique permettant de comprendre ce phénomène.

Constatant que la définition même du PCC est l'objet de disputes, conflits et controverses, il paraît utile de voir comment, en pratique, le PCC prend corps, plutôt que d'avancer un modèle théorique *a priori*. En effet, les pratiques marketing ont une dimension performative (Araujo,

---

<sup>2</sup> <https://www.afm-marketing.org/fr/content/la-d%C3%A9finition-du-marketing>

2007; Araujo et al., 2008; Busca et Bertrandias, 2020), qu'il est essentiel de prendre en compte dans la recherche marketing (Chautard et Collin-Lachaud, 2019; Skålén et Hackley, 2011), parallèlement à la théorie (Gotteland, 2019; Kumar, 2017). Cela nous a conduit à utiliser la grille des économies de la grandeur, compatible avec le tournant pratique en théories des organisations (De Vaujany et al., 2015), et à intégrer dans l'analyse les éléments matériels, qui constituent des ressources pour l'action (Busca et Bertrandias, 2020; De Vaujany et al., 2015).

## **Cadre théorique : les économies de la grandeur**

*Rendre compte des accords auxquels les acteurs parviennent en situation d'incertitude*

La littérature dit peu de choses de la réception par les acteurs en santé du PCC. Elle est essentiellement centrée sur l'aspect stratégique. Elle ne s'arrête pas aux aspects de mise en œuvre. Pour combler ce manque, nous nous centrerons sur les difficultés posées par la mise en pratique de cette démarche, aux justifications qu'en donnent les acteurs et aux modalités par lesquelles ils finissent généralement par s'accorder.

Il nous est apparu que le cadre conventionnaliste des économies de la grandeur (Boltanski et Thévenot, 1991), qui étudie les modalités par lesquelles des acteurs parviennent à coopérer malgré des intérêts divergents, était particulièrement adéquat. Peu après sa conception, le modèle théorique des économies de la grandeur a été introduit dans les débats en sciences de gestion (Livian et Herreros, 1994). En marketing, El Euch Maalej et Roux (2012) ont montré la fécondité de ce cadre dans une étude qualitative portant sur les difficultés de la fidélisation. Le cadre théorique des économies de la grandeur nous paraît particulièrement pertinent pour une double raison. D'une part, il s'intéresse au processus de confrontation des désaccords, à l'apaisement des critiques et à la façon dont un accord peut en résulter. D'autre part, il reconnaît la place des objets dans l'analyse des conduites : « *nous cherchons à montrer la façon dont les personnes font face à l'incertitude en s'appuyant sur des objets pour confectionner des ordres et, inversement, consolident les objets en les attachant aux ordres construits* » (Boltanski et Thévenot, 1991: 31).

Boltanski et Thévenot n'ont pas donné de définition analytique et opératoire de la situation d'incertitude. En filigrane, la lecture de leur ouvrage permet toutefois d'en cerner les contours. L'incertitude naît de ce que le comportement à adopter ou la décision à prendre face à une situation problématique peut admettre plusieurs solutions. Sa définition est une affaire de point de vue (i.e. de convention). Pour lever l'incertitude, les personnes opèrent des justifications, en référence à des principes supérieurs relevant de différents « mondes ».

### *Les sept mondes des économies de la grandeur*

Dans une organisation, il est différentes façons d'envisager le bien commun, et à chaque façon correspond un « principe supérieur », terme qui relève d'une sociologie de l'ordre social. C'est autour du principe supérieur commun que se scelle l'accord entre les personnes du même « monde ». Un monde est donc une logique de justification basée sur une conception du bien commun qui s'affirme selon la forme de l'évidence. Ces mondes constituent des référentiels de jugement qui s'affrontent. Pour Boltanski et Thévenot (1991), ils sont au nombre de six : monde de l'inspiration (la créativité), monde domestique (la tradition), monde de l'opinion (le vedettariat, le renom), monde civique (le fait de tous, l'égalité), monde marchand (le marché, l'intérêt) et monde industriel (la rationalité technique, l'efficacité). Boltanski et Chiapello (1999) ont ajouté un septième monde, le monde des projets (le projet, les réseaux). Dans chaque monde, les personnes sont qualifiées par un état de grandeur (cf. tableau 2), ce qui est « grand » ou « petit » aux yeux de ceux qui sont dans ce monde, en raison du principe supérieur. Par exemple, les personnes s'attachant à l'argent, grandes dans le monde marchand, seront jugées petites dans le monde civique ; celles faisant preuve d'éclairs de génie, valorisées dans le monde de l'inspiration, seront vues comme dangereuses dans le monde industriel. Dans ce cadre théorique, la « grandeur » des personnes est relative aux mondes, mais aussi à la « formule d'investissement » des personnes relevant de ce monde, c'est-à-dire « à un coût ou un sacrifice exigés pour y accéder » (Boltanski et Thévenot, 1991: 99).

Tableau 2. Les sept mondes communs

<b>Monde</b>	<b>Etat de grandeur</b>	<b>« Etre grand »</b>
Inspiration	Celui qui crée, échappe aux certitudes de la technique comme à la raison du bon sens et aux habitudes et prime la singularité	L'artiste
Domestique	Celui qui respecte l'histoire, les usages et concourt à l'établissement et au maintien des hiérarchies	Le chef
Opinion	Celui qui est reconnu, réputé : « la célébrité fait la grandeur »	La vedette
Civique	Celui qui représente le collectif, qui subordonne ses intérêts particuliers et immédiats à la volonté générale	L' élu
Marchand	Celui qui, mu par le désir (le sien propre et celui des autres), s'affronte à la concurrence, saisit les opportunités, pour accroître ses possessions	Le vendeur
Industriel	Celui qui, qualifié et compétent, poursuit une quête de	L'expert

performance et maîtrise son environnement dans lequel il se montre efficace

Projets	Celui qui s'engage et entraîne en s'appuyant sur un réseau qu'il sait mobiliser	Le responsable de projet
---------	---	--------------------------

---

Il n'est pas nécessaire de s'engager dans une longue exégèse pour noter que ce que Robinson et al. (2008) qualifient de perspective économique s'inscrit plus particulièrement dans le monde marchand. On admettra aussi que cette convention peut ne pas être partagée, d'où il résulte des disputes, s'inscrivant dans ce que l'on pourrait qualifier de « guerre des mondes ». Les mondes sont en concurrence et, dans une organisation, l'ordre repose sur la conciliation de logiques d'action relevant des différents mondes. Or, pour une même situation, plusieurs décisions ou comportements peuvent apparaître légitimes dans la mesure où ils sont justifiés par différents principes supérieurs. On peut donc se retrouver avec une présence simultanée de plusieurs principes supérieurs dans une prise de décision ou une action. Ces principes ne sont pas toujours compatibles. Ils donnent parfois lieu à des tensions aboutissant soit à un accord, soit à la poursuite d'un différend.

Les accords sont de trois types. (1) Le plus durable est le compromis. Il se produit lorsqu'il y a une juxtaposition de plusieurs mondes dans une même situation (par exemple, lorsque la logique marchande côtoie la logique industrielle), et que les individus tentent d'associer des composantes, renvoyant initialement à des principes différents, autour d'un bien commun « *pour s'accorder sur ce qui est juste* » (Boltanski et Thévenot, 1991: 183) et rendre cette association légitime et durable. « *La situation de compromis demeure composite, mais le différend est évité* » (1991: 337). (2) Le deuxième type d'accord permettant d'éviter le conflit est l'arrangement. C'est un accord contingent, « *une transaction au bénéfice des présents* » (1991: 408), qui ne nécessite le recours ni à un bien commun ni à une justification. (3) Le troisième type d'accord est la relativisation qui n'a qu'un but, fuir l'épreuve en déniait l'intérêt de celle-ci. La relativisation sert à « *se soustraire à l'épreuve* » (1991: 412).

Mais quand les individus ne parviennent pas à s'accorder, une dispute persistante éclate de la confrontation des mondes. La conséquence peut en être des comportements d'exclusion, de retrait, de démission, etc. Les mondes ne sont pas des attributs immuables des individus. Ceux-ci peuvent bouger entre les mondes et sont supposés capables de changer de logique argumentative en fonction des circonstances.

Pour étudier comment en pratique ces mondes s'inscrivent dans le PCC et comment les acteurs (patients, soignants et direction) parviennent à s'ajuster en contexte, nous avons

mobilisé une pluralité d'approches qualitatives pour étudier le service d'un grand hôpital public parisien reconnu comme PCC.

## **Méthodologie**

*Terrain de recherche : le service orthopédie d'un hôpital parisien PCC*

Nous avons mené une étude quasi monographique dans le service orthopédie d'un grand hôpital public de Paris. Nous désignons par là l'étude détaillée et approfondie d'un phénomène (la mise en œuvre du PCC), fondée sur une immersion totale, circonscrite dans l'espace (un service spécialisé, dans un hôpital public), en vue de comprendre les mécanismes qui régissent ce phénomène. Une telle étude s'inspire de la sociologie compréhensive wébérienne (Weber, 1971) qui s'intéresse au sens que les gens et les organisations donnent à leurs pratiques et représentations, et non pas exclusivement à leurs comportements.

Le choix de ce cas a été dicté par la stratégie de recherche : il s'agit, en effet, d'un « point d'observation idéal » (Hamel, 1997) pour étudier la diffusion de l'orientation client en milieu hospitalier, pour deux raisons. La première est que les affrontements y sont prévisibles car l'hôpital public est un contexte où s'exacerbent la critique du monde marchand et les tensions entre mondes. De ce fait, les épreuves autour de l'exigence de compromis sont plus apparentes. La seconde raison pour laquelle ce service a été choisi est sa reconnaissance comme PCC. Il s'est vu décerner le label « Hospitalité - bien accueillir pour mieux soigner », accordé pour une durée de quatre ans par la direction Patient, Qualité et Affaires Médicales du centre hospitalier universitaire. La démarche, volontaire, repose sur un autodiagnostic du parcours patient par le service, puis d'une visite par des représentants des usagers, des soignants et de la direction. Ceux-ci évaluent une liste de critères à partir d'une grille d'observation (co-construite en amont par des groupes de travail réunissant patients, soignants et direction), et de l'interrogation de patients. L'octroi du label est rendu public sur le site internet de l'hôpital et dans les locaux, via l'affichage d'un logo. Bien que particulier, ce cas saisi au plus près du terrain nous a semblé propre à éclairer d'une manière nouvelle la notion de PCC et enrichir l'idée qu'on s'en fait dans la littérature.

Le service étudié est un centre de référence pour l'oncologie osseuse, la septicémie et la douleur. Il compte 160 membres du personnel médical, paramédical et administratif. Le département offre également de nombreux autres prestations (anesthésie, salle d'opération, assistance sociale, soins de soutien, etc.) Au total, environ 200 personnes travaillent pour le service et relèvent de différentes hiérarchies. Le service compte 75 lits et environ 4 000 opérations ont lieu chaque année. Il occupe cinq étages dans le même bâtiment. Une salle

d'hospitalisation est principalement consacrée aux traumatismes et aux infections ostéoarticulaires, et deux autres, aux opérations programmées. L'une d'entre elles est un « hôpital de semaine » (HDS) où les patients arrivent le lundi et le mercredi matin pour une opération le même jour et sont normalement libérés le mercredi et le vendredi de la même semaine. L'HDS est fermé le week-end. Une unité postopératoire gériatrique (Upog) située dans un bâtiment voisin a pour mission de fournir des soins aux patients âgés de plus de 75 ans après leurs opérations. Il existe également une unité de chirurgie ambulatoire (UCA) multidisciplinaire, comprenant l'orthopédie, qui est gérée séparément sur un site voisin.

Un accord préalable a été obtenu du chef du service orthopédie, de la direction de l'hôpital et de tous les informateurs (personnel et patients). La conformité de la méthodologie et le but de la recherche ont été approuvés par la direction de l'institution académique et du laboratoire de recherche. Toutes les données collectées ont été anonymisées.

L'étude a été menée comme suit. Après de multiples contacts, les chercheurs ont interviewé, en septembre 2019, le pharmacien clinicien. Celui-ci les a ensuite mis en relation avec le chef de service. Les chercheurs ont obtenu l'autorisation de s'immerger dans l'environnement pendant trois semaines à temps plein, en janvier-février 2020, c'est-à-dire juste avant le déclenchement de la crise COVID-19 au niveau européen. Les chercheurs ont été vêtus des blouses blanches de l'hôpital et présentés par le chef de service lors de la réunion matinale du personnel chirurgical, le lundi 27 janvier 2020. L'enquête de terrain s'est déroulée dans les trois semaines qui ont suivi.

### *Recueil des données*

Nous avons multiplié les portes d'accès aux situations de soin, utilisant conjointement les entretiens (individuels et collectifs), l'observation et l'analyse documentaire.

Reste que l'observation était un vecteur central d'information. L'observation directe, par laquelle le chercheur procède lui-même au recueil d'informations, est contraignante et il y a nécessité de se prémunir contre l'empirisme naïf. C'est une pratique réflexive, préalable à une mise en ordre analytique (Arborio et al., 2008). A côté de l'observation directe classique, nous avons fait appel au *shadowing* (Czarniawska, 2007), suivant au plus près un membre du personnel soignant dans des visites, des consultations et jusque dans les blocs opératoires. Nous étions introduits à chaque fois par un membre de l'équipe soignante expliquant brièvement les raisons de notre présence.

Malgré l'instauration d'un climat de confiance, le terrain ne se livrait pas spontanément aux chercheurs n'ayant qu'une connaissance préalable limitée du contexte de travail. D'où

l'intérêt de l'observation indirecte, s'accompagnant de ce que les ergonomes nomment la « verbalisation incitative ». Cette technique repose sur le principe que la majeure partie de l'activité mentale étant inobservable, l'observateur doit provoquer une verbalisation de la part des sujets observés (Hoc, 1984).

Au total, nous avons dépouillé 294 pages de documents fournis par les informateurs locaux, procédé à 38 entretiens individuels, 5 entretiens de groupe, et réalisé 25 heures d'observation. La plupart des entretiens collectifs ou individuels avec le personnel médical et paramédical et les entretiens avec certains patients ont été enregistrés, après accord des intéressés, puis retranscrits, ce qui a produit 641 pages format A4 (police 11, interlignes simples). Les entretiens non enregistrés et les observations ont fait l'objet d'une prise de notes détaillées représentant 344 pages manuscrites. Le détail des données collectées est synthétisé dans un tableau présenté en annexe.

Notre échantillonnage s'est voulu rigoureux, privilégiant la diversité des statuts, des rôles et des situations, plutôt que la représentativité statistique. Les entretiens individuels étaient diversifiés : personnel médical et paramédical, patients, administratifs. Les documents ont été glanés tout au long de l'enquête. Les observations ont concerné de nombreuses situations impliquant l'écoute des patients, notamment lors des consultations et des visites en chambre. Au total, nous avons été au contact d'une soixantaine de patients, souvent eux-mêmes accompagnés d'aidants.

### *Analyse de données*

La situation est l'unité de base de l'analyse. Nous nous sommes appuyés sur des repères, définis pour une situation donnée, selon un protocole d'analyse en cinq phases synthétisé dans la figure 1 et détaillé au-dessous. Le point de départ de l'analyse est le constat de débats, en cours ou restitués. L'observation montre à la fois les affrontements et leur issue. Dans certains cas, les chercheurs arrivent « après la bataille ». La critique s'est apaisée. Le compromis est institutionnalisé, inscrit dans des espaces, des objets, des énoncés partagés. Les récits d'acteurs, spontanés ou répondant aux demandes d'explicitation des chercheurs, permettent alors de restituer les critiques entre mondes qui ont précédé l'émergence du compromis. Les phases ne sont donc pas totalement cloisonnées.

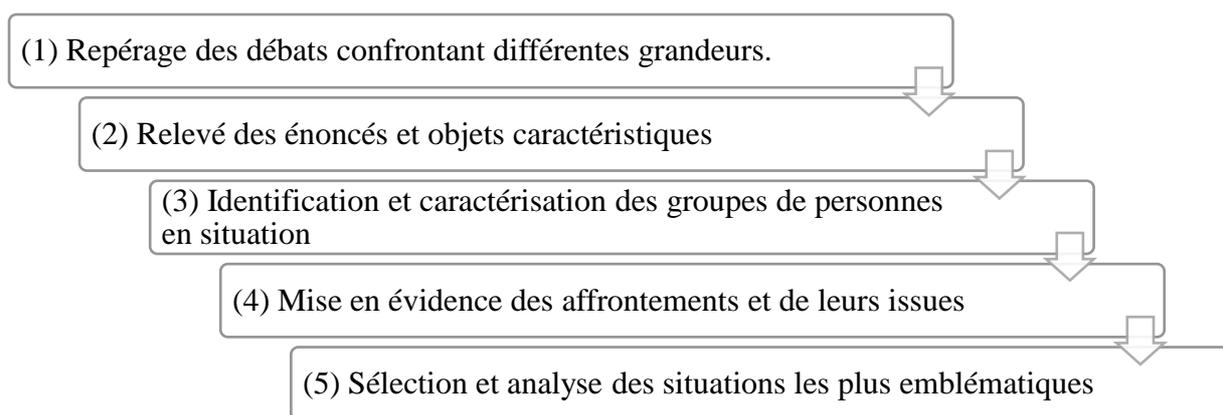


Figure 1. Protocole d'analyse de données.

*Le repérage des débats confrontant différentes grandeurs.* Cette première étape consiste à repérer et à décrire les situations dans lesquelles des personnes s'affrontent. Ces situations peuvent avoir été observées directement par les chercheurs, ou simplement évoquées lors d'entretiens. On s'attache aussi à repérer les objets constitutifs des situations d'incertitude qui servent à arrimer les arguments propres aux mondes : localisation des lieux et des moments auxquels sont attachés les énoncés et les objets (unité de soin, bloc opératoire, salle de réveil, réunion spécifique, etc.).

*Le relevé des énoncés et objets caractéristiques.* Il s'agit de repérer les énoncés qui désignent l'état de grand ou de petit, tels que les discours officiels, les *verbatim* par lesquels les acteurs justifient (rationalisent) les positions et comportements qu'ils adoptent. Ces énoncés peuvent être résumés par des principes supérieurs (la responsabilisation du patient, l'intérêt collectif, la science, le coût, le bon fonctionnement, etc.).

*L'identification et caractérisation des groupes de personnes aux prises dans chacune des situations d'incertitude.* Ces personnes ont des caractéristiques spécifiques partagées et des attitudes qui les rapprochent des principes supérieurs (la direction de l'hôpital et le coût, les médecins et la science, les métiers de support aux soins et le bon fonctionnement du service orthopédie, etc.). Le principe supérieur commun est celui qui unifie le groupe et définit le monde de référence le plus pertinent.

*La mise en évidence des affrontements entre mondes et de leurs issues.* Nous ne nous intéressons pas aux litiges – des désaccords qui peuvent survenir au sein d'un même monde et faire l'objet de réajustements –, mais aux différends entre mondes qui sont des désaccords plus fondamentaux. L'objectif est de découvrir les moments où les mondes s'affrontent (les épreuves de justification) ; décrire l'affrontement et la manière dont se résolvent les conflits ;

éclairer les controverses entre les mondes, la façon dont les accords s'établissent et le rôle joué par les objets et les espaces entre mondes initialement en conflit.

*La sélection et l'analyse de quelques situations parmi les plus emblématiques.* Ces situations ont été retenues parce que des personnes incarnant des mondes différents y faisaient fréquemment référence et qu'elles étaient particulièrement représentatives des critiques entre mondes et du dépassement de ces critiques. C'est ainsi que nous avons identifié et que nous décrirons des situations illustrant les conflits des mondes, et les éléments qui concourent à éviter ou à suspendre les différends et à parvenir à des accords entre mondes.

## **Résultats**

### *Des conceptions du Patient-Centered Care en concurrence*

*Les mondes majeurs.* Pour qui n'est pas familier des lieux, l'hôpital apparaît d'emblée comme un univers mosaïque, quoiqu'ordonné de différentes manières. Plusieurs ordres se juxtaposent. Comme il est classique, un ordre politique oppose le corps médical à la direction de l'hôpital. Par ailleurs, la diversité des métiers et la hiérarchie de prestige qui leur est associé induisent des représentations différentes du patient. Elles orientent les conduites à adopter à son égard en raison des jugements portés sur les situations et des grandeurs qui les inspirent. Nous relevons la prégnance des mondes domestique et industriel à la suite de Grenier et Oiry (2021), mais aussi la marque du monde civique, comme l'avancent Orvain et Angelé-Halgand (2011).

(1) Dans le monde domestique, les rapports entre les protagonistes des actes de soin sont régis par les usages et le rôle de la communauté de travail qui est valorisée : « *C'est un travail d'équipe et sans équipe, on est mort* » (une cadre de santé). Ici, la bienveillance à l'égard du patient prime, dès lors que celui-ci assume les obligations liées à son rôle (accepter les prescriptions, se soumettre aux actes médicaux et chirurgicaux, ne pas être un « patient difficile »). Certains patients s'inscrivent naturellement dans ce monde domestique. Ainsi, une patiente de 92 ans, régulièrement soumise à des visites de suivi dans le service et accompagnée de son fils, nous confie au sujet de l'équipe soignante : « *on a l'impression de s'être toujours connus, c'est plus sympa que la famille* » (devant son fils qui l'accompagne). Le fils se sent d'ailleurs quelque peu exclu : « *l'accueil est bon, mais je suis la pièce rapportée* ». Une patiente hospitalisée souligne combien elle apprécie que le chef de service en personne (qui l'a opérée) se déplace pour venir la voir dans sa chambre : « *vous savez, dans les hôpitaux, ce n'est pas toujours le cas, même dans le privé !* ».

(2) Dans le monde industriel, le patient apparaît plutôt comme un objet de soins voulus d'abord efficaces. De nombreux patients expliquent avoir été orientés dans ce service parce qu'il est l'un des seuls à savoir prendre en charge certaines pathologies. Un patient nous dit avoir perdu beaucoup de temps en amont, d'un hôpital à l'autre, jusqu'à ce qu'ils fassent ce constat d'impuissance nécessitant transfert : « *à l'hôpital où j'étais suivi avant, ils m'ont dit : 'nous, ça, on peut pas faire'* ». Une autre patiente, dont l'état de santé rend toute opération plus compliquée, confie avoir vu six chirurgiens différents dans différents établissements avant de se décider pour ce service : « *avec lui, j'ai su que je pouvais me faire opérer, j'ai eu confiance* ». Il faut relever que la définition de l'efficacité ne fait pas consensus entre les soignants et la direction. Si les chirurgiens se réfèrent surtout à des actes techniques conformes à un état de l'art – la performance et la méthode scientifique sur lesquels elle repose font partie des principes supérieurs communs – , ils subissent aussi la pression économique qui leur enjoint, selon les principes du PCC, de considérer le patient comme un « partenaire de soins », en considération d'indicateurs qui outillent la réforme hospitalière (taux d'occupation des lits, durée moyenne de séjour, etc.), selon une rationalité gestionnaire.

(3) Quant au monde civique, il est particulièrement évoqué pour caractériser l'hôpital public en opposition au « privé » et à la grandeur marchande que celui-ci incarne. Ici le patient est un citoyen qui a des droits et doit être traité selon un principe d'égalité. Certains patients et leur famille négocient pour prolonger leur séjour à l'hôpital, considérant que leur état le justifie et que c'est là la mission des pouvoirs publics. Plusieurs soignants (médecins, infirmiers, aides-soignants) mentionnent avec fierté que le service héberge des « sans-abris » bien au-delà de la durée classique d'hospitalisation, car leur guérison serait remise en cause s'ils retournaient dans la rue. Mais pour les personnels, cette mission de soigner tout le monde est en danger. Le privé apparaît à tous niveaux comme une menace qui pourrait s'intensifier à l'avenir : « *il y aura ceux qui auront assez de sous pour aller dans le privé et qui iront dans le privé. Et puis ceux qui n'ont pas de sous, qui attendront* » (une chirurgienne) ; ou encore : « *si vous avez les moyens, on va vous trouver telle structure, vous allez être accompagné. Les gens ont de l'argent, donc ils peuvent mettre des moyens en plus. Donc on n'est plus dans le système du service public comme avant* » (un aide-soignant).

*Les mondes mineurs.* Les autres mondes sont présents, quoique sur un mode mineur. Le monde par projets préside aux innovations organisationnelles, notamment la création d'unités de soins sur lesquelles nous reviendrons (UCA, HDS, Upog). Le monde de l'inspiration est parfois évoqué tant par des patients que des soignants, quand ils s'extasient devant la beauté du geste chirurgical et l'inventivité des praticiens. Le monde marchand est cité

essentiellement sur un mode critique, dans la comparaison faite entre hôpitaux publics et cliniques privées. Chez les patients, cette comparaison est souvent à l'avantage du service étudié pour la qualité des soins et l'expertise, mais en faveur des cliniques pour le confort et l'organisation. Ils n'hésitent pas à partager leurs avis sur internet, en positif (« *excellent service ; personnel, infirmières, internes, chirurgien m'ayant opéré au top* »), ou en négatif (« *j'ai fini par aller dans une clinique privée (...), la mauvaise réputation des hôpitaux publics est malheureusement bien fondée* »). Ces avis en ligne sont encore peu nombreux (quelques dizaines) au regard du nombre de patients reçus, mais ils soulignent l'émergence du monde de l'opinion. Les soignants en sont conscients, et le chef de service le reconnaît sans complexes : « *[les patients] ne viennent pas à [nom de l'hôpital], ils viennent voir le professeur [son nom], (...) parce que cela fait des années que je bosse, (...) que j'ai une attention particulière pour mes patients, (...) que je fais en sorte de bien travailler* ».

Les conceptions du PCC apparaissent donc plurielles, parfois contradictoires entre les acteurs mais aussi dans un même groupe d'acteurs. Les patients eux-mêmes apparaissent tiraillés entre la recherche d'une excellence médicale reconnue (monde industriel et de l'opinion) et le désir d'être choyés (monde domestique). Cela génère différents types d'accords, structurels sous forme de compromis institutionnalisés, ou bricolés entre acteurs sous forme d'arrangements locaux.

### *Les différents types d'accords autour du Patient-Centered Care*

*Des accords structurels sous forme de compromis institutionnalisés.* Comme nous avons pu l'observer dans les salles d'hospitalisation et en consultation, les patients ne sont pas tous prêts à jouer le jeu de la PCC et à se positionner comme acteurs du système de santé. Certains sont informés et se positionnent comme acteurs de leur santé, donnant leur avis voire leurs exigences de façon parfois autoritaire. Ainsi, une patiente déclare au chirurgien lors d'une consultation : « *je veux une prothèse en céramique comme ma voisine, pas une en plastoc !* » D'autres adoptent un comportement effacé, presque soumis, attendant les instructions des soignants. Les personnels soulignent unanimement l'existence de ces deux types de population, l'une plutôt jeune et connectée, l'autre plus âgée et vulnérable. Un anesthésiste va jusqu'à parler de fracture, entre d'une part « *ceux qui maîtrisent les outils et peuvent avoir de l'information facilement, (...) beaucoup plus accessibles aux discours même contradictoires (...), [qui] tirent un bénéfice [du PCC], indiscutablement, sur le plan psychologique et l'adhésion au projet thérapeutique* », d'autre part « *ceux qui n'y ont pas accès : beaucoup de personnes âgées, [qui] se satisfaisaient d'un discours fait par une personne porteuse de*

*l'autorité hiérarchique et morale* ». En réponse, le service segmente sa patientèle, définit des cibles et positionne son offre différemment pour chacune, sans conscience qu'il s'agit là des trois étapes du marketing stratégique. D'un point de vue opérationnel, cela se manifeste par des lieux et langages adaptés, très différents. Les trois dernières unités de soins créées en sont emblématiques. L'UCA (unité de chirurgie ambulatoire) et l'HDS (hôpital de semaine) ciblent des patients émancipés – fortement à l'UCA, un peu moins à l'HDS –, alors que l'Upog (Unité post-opératoire gériatrique) cible les patients âgés les plus fragiles. L'appellation même de ces unités déroge à la tradition « domestique » de désigner les unités de soins par le nom d'un illustre médecin.

L'UCA, située sur une parcelle distincte, arborée, se distingue par une ambiance démedicalisée (salle d'attente avec des tons doux, du bois clair, des lumières tamisées et une musique délassante), une responsabilisation des patients qui doivent effectuer certains actes à leur domicile (douche à la bétadine préopératoire, rééducation postopératoire...), et une communication dématérialisée (SMS en amont et en aval de l'opération). La satisfaction des patients apparaît très élevée d'après les statistiques affichées au mur, les entretiens menés et nos propres observations – des patients souriants et détendus, qui n'ont pas l'impression d'être hospitalisés. De leur côté, les personnels médicaux et paramédicaux de l'UCA considèrent que c'est une réponse à la fois idéale pour les patients pressés et pour l'hôpital (« *le modèle d'organisation parfait* » (chef de service) ; « *ça permet de faire facile cinq, six, sept patients sur une salle, sur une journée* » (chirurgienne)). Toutefois, pour d'autres refusant catégoriquement d'exercer à l'UCA, ce modèle est en rupture avec la mission de l'hôpital public. Il laisse de côté les plus fragiles, comme l'illustrent les propos de cet aide-soignant, ancrés dans le monde civique et domestique : « *l'ambulatoire, c'est peut-être important, mais pour moi ce ne sont pas des lits. (...) Je me pose des questions sur le devenir de l'hôpital public, sur la prise en charge du patient, sur l'aspect psychologique et physique* ».

L'HDS suit la même logique que l'UCA, mais de façon moins poussée. Elle occupe une aile dédiée dans le bâtiment où se situe le service, et la démedicalisation et la responsabilisation du patient ne sont pas aussi avancées. Durant notre terrain de recherche, des discussions animées étaient en cours pour créer un salon où s'effectueraient les admissions, avec peignoirs pour les patients qui entreraient au bloc opératoire « sur pied » et non sur brancard. Cette idée suscitait l'indignation de certains et l'enthousiasme d'autres.

A l'opposé, l'Upog s'adresse aux personnes peu autonomes de plus de 75 ans souffrant de polyopathologies. Le chef de service, à l'initiative de sa création, « *savai[t] que cela existait*

*ailleurs. Moi, je voyais qu'on ne soignait pas bien les patients âgés. On ne sait pas les soigner, on n'est pas des docteurs, nous, on est des chirurgiens !* » Initialement situé dans un étage du service, l'Upog s'est déplacé dans un bâtiment voisin, ce qui a participé, selon les personnels, à asseoir son statut et la prise en charge holistique des patients. Comme l'explique le gériatre en charge de l'Upog, *« l'hyperspécialisation des CHU fait qu'on raisonnait par pathologie. C'est cassé ? Ça va en orthopédie. Vous avez un infarctus ? Vous allez en cardiologie. Un problème pulmonaire ? En pneumologie. Et c'est là où nous, la gériatrie, on n'est pas une spécialité d'organe ; notre organe, c'est l'ensemble du corps humain »*. Face aux réticences initiales de la direction (*« cela coûte très cher »*), une recherche clinique menée avec des gériatres a démontré une récupération plus rapide des patients, et au final, une durée moyenne de séjour raccourcie : *« on montre que les patients vont beaucoup mieux. Cela rapporte plus d'argent à l'hôpital. Là, en termes de codage [des actes], cela fait des séjours beaucoup plus chers et l'hôpital gagne plus de sous »* (chef de service). L'Upog inclut des composantes psychologiques, sociales et affectives à destination des patients que l'on ne retrouve pas dans les autres services, et associe activement les aidants. Ainsi, une salle leur est dédiée, aménagée en salon confortable et décorée avec soin, pour que le patient puisse retrouver ses proches *« comme à la maison »* (infirmier).

*Des arrangements, expressions d'accords « bricolés » localement.* Un espace est institutionnalisé pour abriter « les staffs », réunions médicales quotidiennes (urgences de la nuit passées en revue à 7h30) et hebdomadaires thématiques (opérations programmées du membre supérieur, du membre inférieur, tumeurs...). Les accords auxquels les acteurs parviennent tiennent plus des arrangements que des compromis car ils ne se réfèrent pas au bien commun. Les dossiers des patients sont passés en revue pendant que sont projetées les images médicales et l'équipe discute des options compte-tenu des contraintes, avant d'arrêter collectivement une décision. Les discussions sont parfois vives entre chirurgiens et anesthésistes, médicaux et paramédicaux, ou au sein d'un même groupe d'acteurs. Cela concerne notamment l'affectation des patients dans l'une ou l'autre des unités de soins et la décision ou non de les faire sortir (*« comment ça se fait qu'elle est toujours là, celle-là ? Il y avait pourtant eu une demande de centre ! »*). La mobilité des objets tient un rôle clé dans les arrangements. Ainsi, les décisions sont inscrites sur un grand tableau blanc au vu et au sus de tous et retranscrites simultanément sur un ordinateur pour envoi par mail aux unités de soins dès la fin du staff. Les contraintes logistiques liées à l'occupation des lits donnent lieu à des arbitrages. Pendant les discussions médicales, une aide-soignante gestionnaire de parcours jongle pour répartir les patients dans les lits à l'aide de fiches cartonnées en T de différentes

couleurs. Après le staff, cette personne circule entre unités de soins pour disposer ses « fiches à oreilles » dans les tableaux de planning tout en expliquant les décisions. La salle de débrief apparaît ainsi comme un lieu de conciliation, où chacun fait entendre son point de vue, et où s'instaurent des arrangements entre les mondes dont se réclament les protagonistes.

*Des accords de relativisation, visant la suspension du différend entre conventions.* Ce troisième type d'accords, la relativisation, s'est moins manifesté. On en trouve trace dans les commentaires d'un chirurgien lorsqu'il évacue le débat sur ses patients privés suivis dans l'établissement public : « *c'est comme voyager en train, il y a celui qui est en première et celui qui est en seconde. Ils arrivent en même temps, sauf que c'est un peu plus confortable. C'est tout.* » L'évitement du différend conduit parfois à une transgression des règles. Ainsi, l'Upog contourne les règles usuelles de l'hôpital au profit de ses patients, par exemple les heures des repas. Comme le dit le gériatre, « *il y a certains patients déments qui refusent de manger à cette heure-là parce que ce n'est pas dans leurs habitudes. Et après tout, pourquoi les contrarier ? On a une organisation, certes, mais si ça peut éviter un trouble du comportement avec une agressivité et donc derrière une gestion de crise, je dis banco* ». Pour pouvoir réaliser les soins à des patients qui déambulent, ils s'adaptent, par exemple en donnant des gâteaux à un patient car c'est « *la seule manière qu'on a trouvée de le fixer pour lui faire une prise de sang. Il ne faut pas entraver les patients dans leur déambulation. Si vous les arrêtez, ils vous pètent une durite* » (gériatre). L'Upog autorise les aidants à venir en dehors des horaires de visite officiels. Nous avons pu observer que le mari d'une patiente était présent tous les jours dès le matin et jusqu'à l'heure du coucher pour donner lui-même les repas à son épouse atteinte de la maladie d'Alzheimer, ce qui serait inconcevable dans les autres unités du service.

### *Synthèse des résultats*

Si le PCC semble avoir été imposé aux acteurs de cet hôpital public, ils disposent de marges de manœuvre, comme le montre le cas étudié. La façon dont le service de chirurgie orthopédique a répondu aux contraintes de l'environnement et aux injonctions de son autorité de tutelle ne relève pas de la simple acceptation d'un outil fermé. Les professionnels de santé ont composé avec les prescriptions relayées par le label « Hospitalité - bien accueillir pour mieux soigner », pour donner au PCC une forme correspondant aux compromis auxquels ils sont parvenus.

Les résultats mettent en évidence la pluralité des mondes et des conceptions du PCC qu'ils inspirent. Ils montrent leurs confrontations, mais aussi les accords qui peuvent s'ensuivre, sous forme de compromis ou d'arrangements. La relativisation, dont le but est de fuir

l'épreuve en contestant son intérêt, n'apparaît que marginalement ; sans doute, les fortes identités de métier chez le personnel soignant portent-elles à la confrontation des grandeurs plutôt qu'à l'évitement de l'épreuve.

Les résultats suggèrent aussi une articulation entre compromis et arrangement. Ainsi, la « salle de débrief » est un espace qui entretient un compromis sur la nécessité d'un équilibre entre logiques d'action et favorise les arrangements locaux au cours des réunions qui s'y déroulent. La nécessité de coopérer que reconnaît cet espace n'exclut pas l'expression des divergences de vues.

## **Discussion**

### *Contributions théoriques*

Cet article visait à clarifier la notion de PCC dans le cadre du *marketing-as-practice*, afin d'en promouvoir une définition actionnable. Mobilisant les économies de la grandeur, il s'attachait en outre à comprendre comment cette définition prend corps malgré les divergences de point de vue. En réponse, des contributions sont apportées aussi bien pour la caractérisation du PCC, que pour l'identification de la façon dont les acteurs parviennent à converger afin de faire exister ce dispositif.

*Le PCC comme compromis entre mondes.* Placer le patient au centre à l'hôpital suppose de connaître les « besoins, usages, désirs et aspirations des différents publics » (définition du marketing management de l'Association Française du Marketing<sup>3</sup>), de créer des offres adaptées puis de les diffuser. En prenant en compte la variété des patients et en individualisant les réponses apportées, le PCC contribue à construire et structurer un marché du soin à l'hôpital, au sens de « market-making » (Araujo, 2007). Mais cette personnalisation de l'offre apparaît très éloignée du service public classique où les usagers, au titre de l'égalité, sont traités de façon uniforme. En pratique, le PCC apparaît comme une construction collective, même si des représentations différenciées préexistent à cette construction. En évoquant les quatre perspectives de Robinson et al. (2008), on perçoit que le PCC s'inscrit d'abord dans une *perspective de politique publique*, puisqu'il est initié par le politique soucieux de la durabilité des systèmes de santé. Il en découle une *perspective économique*, qui cadre avec les exigences de la direction de l'hôpital. Mais cela n'est pas en affinité avec le statut du patient,

---

<sup>3</sup> <https://www.afm-marketing.org/fr/content/la-d%C3%A9finition-du-marketing>

principalement en raison de la prise en charge financière des soins. Ceux que nous avons qualifiés de patients émancipés se rallient plus volontiers à la *perspective patient*, en phase avec leurs attentes de participation, qui évoque la co-construction dans son pendant, l'orientation client. Quant au personnel en contact direct avec le patient (infirmiers, aides-soignants), il s'approprie plus facilement la *perspective de la pratique clinique*, supposant une bonne connaissance du patient et l'implication de sa famille pour une prise en charge personnalisée. Au sens des économies de la grandeur, le PCC ainsi co-construit est un compromis qui permet aux différents mondes de cohabiter autour d'un bien commun, le « prendre soin ».

*Le PCC comme dispositif marketing.* L'observation des pratiques a mis en évidence le rôle clé des agencements socio-matériels dans l'acceptation du PCC par les acteurs, car ils solidifient le compromis. L'action conjointe de trois ingrédients, le langage, les espaces et les instruments de gestion, permet de concilier les croyances et représentations sociales à l'œuvre derrière chacune des grandeurs. (1) Le langage fournit les énoncés répondant à « l'impératif de justification ». Investi dans les actions et interactions, il facilite la coordination au sein d'un même monde et l'obtention des accords entre mondes rivaux. (2) La segmentation des espaces objective celle des personnes, des patients comme des soignants. Elle se manifeste notamment dans le contraste entre l'UCA et l'Upog. (3) Les instruments de gestion (indicateurs comme la durée moyenne de séjour ; enquêtes de satisfaction menées à l'UCA ; fiches à oreille, etc.), ont une mobilité ouvrant sur une appropriation différenciée du PCC selon les conventions. Ils agissent comme autant d'objets-frontières (Star et Griesemer, 1989) permettant de franchir les barrières érigées entre les mondes, constituant des ressources pour la coopération. Ensemble, ces ingrédients participent à co-construire un sens partagé. Le PCC est façonné par les parties prenantes autant qu'il les façonne, dans un processus dynamique, fruit de l'agencement d'objets et d'acteurs humains aux visions parfois divergentes mais qui trouvent ainsi un terrain d'entente autour du patient. Dans cette perspective, le PCC cristallise l'équilibre provisoire entre les sept mondes présents à l'hôpital. Les protagonistes acceptent de converger sur l'essentiel, prendre soin, mais la modification de l'une ou l'autre des composantes est susceptible de mettre en cause le compromis entre les mondes, en relançant les controverses. Il ressort de notre recherche que le PCC n'est pas un simple outil, conçu dans une vision normative, formalisé une fois pour toutes et soumis à l'appropriation d'acteurs plus ou moins consentants, mais comme un dispositif de gestion. Plus précisément, cette recherche permet de définir le PCC comme un dispositif marketing :

**Le PCC est un dispositif marketing, résultat de compromis, d'« arrangements provisoires et évolutifs » (Gilbert et Raulet-Croset, 2021: 92) associant des énoncés et des objets, et dont l'objectif est de créer de la valeur pour le patient et les autres parties prenantes.**

Ce dispositif s'élabore de façon progressive dans une série d'épreuves où les différents mondes sont mis en confrontation (Figure 2). La prise en compte du rôle des objets et le recours aux économies de la grandeur permet d'éclairer comment le PCC peut s'installer en tant que dispositif marketing à l'hôpital public.

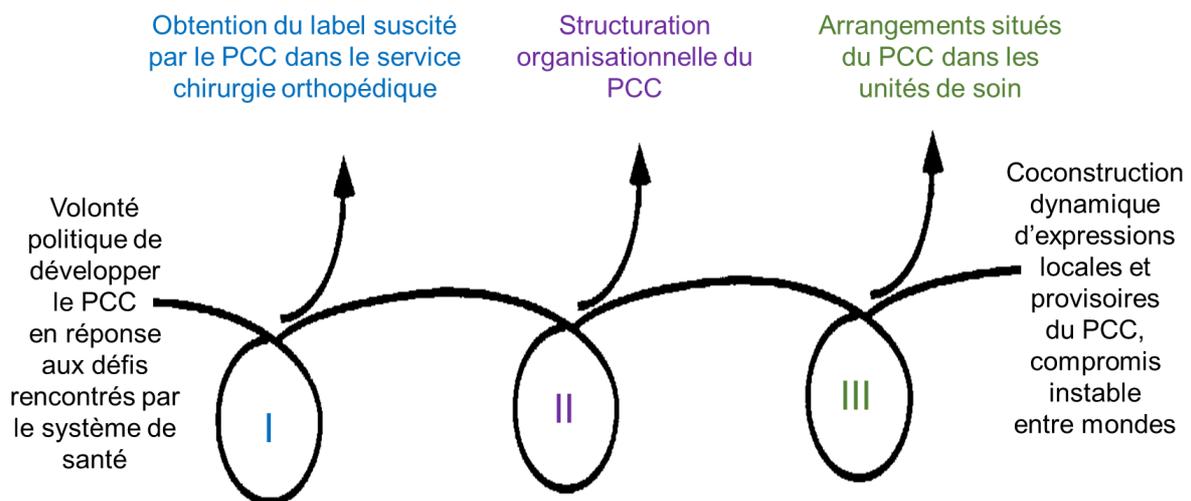


Figure 2 : Elaboration progressive du PCC comme dispositif (schéma inspiré par Akrich, Callon et Latour, 1988: 21)

#### *Implications managériales*

Le caractère exploratoire de cette recherche nous interdit d'aller très loin dans la voie de la prescription. Toutefois des pistes d'action peuvent, à titre de propositions, se déduire des situations analysées, identifiant comment le management peut concourir à concrétiser le PCC en stabilisant les compromis.

*Encourager la co-création.* On l'a vu, le PCC n'est en réalité ni descendant (même s'il est poussé par les pouvoirs publics), ni remontant (même s'il existe de nombreuses initiatives locales) : il se construit latéralement, de façon tourbillonnaire. Cela implique une forme de co-création entre direction, soignants, patients et aidants, comme l'illustrent la création d'un salon à l'Upog à la demande des familles pour qu'elles y retrouvent dans l'intimité leur proche hospitalisé, ou l'embauche d'un pharmacien clinique conduisant des conciliations médicamenteuses individualisées avec les patients, leur permettant – s'ils le souhaitent – d'être acteurs de leur prescription. Il convient donc de faciliter et de stimuler cette co-création

pour améliorer la prise en charge précise et personnalisée des patients et de leur famille, conformément au Value-Centered Marketing en santé exposé par Agarwal et al. (2020). Il faut toutefois veiller à ne pas ajouter trop de charge mentale à des patients déjà fragilisés par leur situation médicale ou à leur famille, risque contre lequel Agarwal et al. (2020) mettent en garde.

Du côté des personnels, le PCC peut contribuer à valoriser leur travail en leur donnant plus de sens et d'autonomie, à condition que les différents points de vue puissent s'exprimer. Le PCC pourrait alors faire l'objet d'un marketing interne pour attirer et retenir les salariés et ainsi constituer un levier d'attraction en réponse à la pénurie de personnel. Mettre en place une approche PCC, fruit d'une stratégie marketing mais aussi résultat instable d'un dispositif marketing, nécessite toutefois de stabiliser – au moins transitoirement – les mondes.

*Stabiliser les compromis entre mondes.* Boisard et Letablier (1989) montrent que la stabilisation des compromis entre mondes nécessite : (a) la constitution de dispositifs composites empruntant aux mondes en confrontation, (b) que des personnes traduisent un monde dans l'autre et adaptent des procédures d'un monde aux exigences spécifiques d'un autre. Ces personnes doivent donc avoir à la fois la connaissance d'un monde et la capacité d'agir dans la logique d'un autre.

Ces caractéristiques sont parfaitement repérables dans notre cas. D'abord, il apparaît que le PCC tient finalement non parce l'hôpital public parvient à imposer la convention marchande – ce que Robinson et al. (2008) désignent comme la perspective économique du PCC –, mais en raison de son caractère composite qui procède de la confrontation entre mondes. Ensuite, il est effectivement possible d'identifier des personnes qui traduisent un monde dans l'autre. On pense évidemment au chef de service, « manager-chirurgien », auquel échoit la responsabilité d'établir la cohérence d'ensemble. Mais on constate aussi que dans la réunion matinale du service, les arbitrages se décident plus dans le déroulement des discussions que suite à son intervention. D'autres acteurs, apparemment moins centraux, ont un rôle important. Par exemple, la gestionnaire de parcours n'œuvre pas uniquement pour répondre à l'impératif logistique d'optimiser la durée de séjour, en lien avec les directives de l'hôpital. Si elle n'était pas soignante, le résultat serait sans doute bien différent, car elle serait moins légitime. Connaissant les exigences des personnels des soins, elle concourt en effet à la cohabitation entre mondes.

*Surmonter les barrières organisationnelles.* Pour passer d'une approche « *product-centric* » à une approche « *customer-centric* », Shah et al. (2006) recommandent de prendre en compte les potentielles barrières organisationnelles que constituent la culture, la structure, les

processus et les indicateurs. Nous appliquons ici cette grille de lecture à nos résultats sur le PCC. Concernant la culture, le patient est au centre des situations de soin, pour tous les acteurs quelles que soient les conventions de référence. Toutefois, la personnalisation des réponses apportées peut heurter les acteurs se référant aux mondes domestique et civique, très présents à l'hôpital public. Il semble donc opportun d'adapter la structure en recourant à des unités plus petites et plus agiles, définies autour des besoins des patients, et en y affectant des équipes fixes (et non mobiles) dans le respect des grandeurs auxquelles se réfèrent les acteurs. Chaque unité peut ainsi se réunir autour de sa propre culture. C'est ce que tente de faire le service étudié, entre d'une part l'UCA et la HDS, d'autre part l'Upog. Ce fonctionnement pourrait être étendu à d'autres segments de patients. Cette segmentation doit se matérialiser par des espaces dédiés, distincts les uns des autres : ils institutionnalisent les compromis (UCA, HDS, Upog), ou *a minima*, permettent des arrangements locaux (salle de débrief). En termes de processus, notre recherche incite à adopter une logique de parcours patient, qui décompose les étapes vécues par le patient tout au long de sa prise en charge. Ainsi, une des raisons du succès de l'Upog tient à l'anticipation de la sortie dès l'hospitalisation, en prévoyant selon la situation du patient un accueil en centre de suite et de rééducation, ou un retour aménagé à la maison. Enfin, il est important d'adopter des indicateurs de gestion en lien avec l'orientation patient, car ils permettent aux acteurs de s'appropriier le PCC selon leurs propres conventions.

Une autre voie d'action, le recours à des expérimentations, permet de pacifier – temporairement au moins – les confrontations, en réunissant des individus porteurs de différents mondes. Pilotée en parallèle de la structure classique, elle ne remet pas en cause cette dernière, du moins dans un premier temps. C'est ainsi que l'Upog a vu le jour dans le service étudié. Cette approche permet une acculturation progressive et en douceur à de nouvelles pratiques, en vue éventuellement de les diffuser plus largement si les résultats sont concluants, ou d'y renoncer sans dommages.

## **Conclusion**

Au vu de cette analyse, le PCC semble inéluctable. Le scénario de repli où l'hôpital se recentrerait sur ses positions initiales (prégnance des trois mondes domestique, industriel et civique relevée dans la littérature et dans nos résultats) n'est pas concevable, en raison des pressions des pouvoirs publics et des attentes des patients. A l'inverse, une évolution brutale vers le monde marchand, qui résulterait de l'effondrement des grandeurs attachées aux mondes civique et domestique, n'est pas un scénario envisageable, au risque d'une forte

résistance des acteurs de l'hôpital. Un troisième scénario nous paraît plus probable, celui qui conjugue le monde domestique et le monde industriel avec le monde marchand. Le monde marchand passerait donc de monde mineur à monde majeur, les mondes domestique et industriel resteraient majeur, et le monde civique deviendrait sans doute moins prégnant. Les autres mondes mineurs ne cesseraient pas de produire leurs effets, sans changer notablement de statut. On peut toutefois estimer que la montée du monde de l'opinion dans la société contribuera à l'acceptation du monde marchand porté par le PCC, vu, comme le relèvent Boltanski et Thévenot (1991: 392), le renfort que peut constituer la contribution de « la grandeur dans l'opinion d'un bien marchand ». Cet apaisement durable de la critique qui passe par la personnalisation des relations avec les patients est en accord avec ce que Boltanski et Thévenot désignent comme un « état de confiance » permettant l'aménagement d'un dispositif marchand (Boltanski et Thévenot, 1991: 380).

Malgré ses apports, nous sommes conscients que cette recherche a certaines limites et appelle en conséquence des approfondissements. On peut d'abord noter qu'il s'agit d'une étude de cas unique (un hôpital public parisien) ce qui restreint la portée des conclusions. Bien entendu, tout cas est particulier, enraciné dans un environnement spécifique, mais cela n'empêche pas que sa portée dépasse son objet initial, comme nous l'avons argumenté en présentant la méthodologie. Raisonner à partir d'un cas particulier s'inscrit dans une longue tradition en sciences sociales (Yin, 1981 ; Becker, 2020). On peut néanmoins légitimement s'interroger sur le caractère représentatif des situations observées et se demander si la réception du PCC n'est pas différente dans d'autres types d'hôpitaux, comme les cliniques mutualistes et *a fortiori* dans les cliniques privées. A cet égard, il serait intéressant d'analyser s'il existe des écarts avec les cliniques privées et d'étudier la part du secteur dans l'acceptation ou non de la *patient centrality*. L'appropriation du PCC est-elle subordonnée à un effet sectoriel (public / privé), ou est-elle intrinsèque à la nature du domaine (santé) ? De plus, au-delà de l'hôpital public ou privé, le PCC peut concerner tout établissement médico-social accueillant des patients ou des personnes vulnérables (maisons d'accueil spécialisées pour personnes handicapées – MAS, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD, etc.). Il serait utile d'élargir la recherche à ces établissements. Au sein d'un même établissement, on pourrait aussi s'interroger sur les différences de spécialités comme éléments structurants de la relation au patient, en comparant par exemple un service de chirurgie et un service de médecine (« avec des docteurs » pour reprendre les mots des répondants), ou des spécialités de chirurgie aux finalités différentes comme la chirurgie viscérale « qui sauve des vies » et la chirurgie plastique « qui les reconstruit ». Au sein même de la chirurgie plastique,

il serait intéressant de comparer la réception du PCC selon si la finalité est esthétique ou réparatrice. Une autre piste de recherche prometteuse serait d'étudier si le PCC peut constituer un élément différenciant pour renforcer l'attractivité des territoires auprès des personnels soignants d'une part, des habitants d'autre part, plaçant ainsi la santé au cœur du marketing territorial.

Ensuite, on aura relevé que les observations se sont déroulées sur une période relativement courte. Elles ont de ce fait un caractère quasi-photographique. Pour mettre davantage en lumière la généalogie et la dynamique des compromis, il serait utile de mener des études à caractère plus longitudinal. A cette occasion, il serait possible de creuser le rôle des ancrages spatio-temporels qui favorisent l'établissement de compromis. On pourrait alors cerner plus précisément les facteurs de réussite ou d'échec du PCC.

Les enjeux économiques et sociaux sont considérables dans le secteur de la santé et les recherches en sciences de gestion sur la mise en œuvre du PCC sont encore rares. Par le passé, quand les hôpitaux « segmentaient » les patients en fonction des pathologies et non des personnes, sans doute le marketing n'était-il pas vraiment nécessaire pour aborder la dispense de soins, et encore moins à l'hôpital public. C'est l'irruption de la convention « marchande », en lien avec l'évolution des attentes des patients (Agarwal et al., 2020; Grewal et al., 2020), qui appelle à adopter une démarche marketing.

## Références bibliographiques

- Agarwal R, Dugas M, Gao G (Gordon), et al. (2020) Emerging technologies and analytics for a new era of value-centered marketing in healthcare. *Journal of the Academy of Marketing Science* 48(1). Springer Nature: 9–23. DOI: 10.1007/s11747-019-00692-4.
- Akrich, M, Callon, M, & Latour, B (1988) A quoi tient le succès des innovations. Deuxième épisode: l'art de choisir les bons porte-parole. *Gérer et Comprendre*, 12, 14-29.
- Araujo L (2007) Markets, market-making and marketing. *Marketing Theory* 7(3): 211–226. DOI: 10.1177/1470593107080342.
- Araujo L, Kjellberg H et Spencer R (2008) Market practices and forms: introduction to the special issue. *Marketing Theory* 8(1): 5–14. DOI: 10.1177/1470593107086481.
- Arborio A-M, Cohen Y, Fournier P, et al. (2008) *Observer le travail*. Paris: La Découverte.
- Becker H S (2020). *La bonne focale: de l'utilité des cas particuliers en sciences sociales*. Paris : La Découverte.
- Bhargav-Spantzel A, Camenisch J, Gross T, et al. (2007) User centricity: A taxonomy and open issues. *Journal of Computer Security* 15(5): 493–527. DOI: 10.3233/JCS-2007-15502.

- Boisard P et Letablier M T (1989) Un compromis d'innovation entre tradition et standardisation dans l'industrie laitière. In : Boltanski, L, & Thévenot L (eds) *Justesse et justice dans le travail*. Paris : PUF : 209-218.
- Boltanski L et Chiapello E (1999) *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris: Gallimard.
- Boltanski L et Thévenot L (1991) *De la justification : les économies de la grandeur*. Paris: Gallimard.
- Busca L et Bertrandias L (2020) A Framework for Digital Marketing Research: Investigating the Four Cultural Eras of Digital Marketing. *Journal of Interactive Marketing* 49: 1–19. DOI: 10.1016/j.intmar.2019.08.002.
- Chautard T et Collin-Lachaud I (2019) Introduction de la méthodologie d'analyse du storytelling en marketing : principes, apports et mise en œuvre. *Recherche et Applications en Marketing* 34(3): 33–53. DOI: 10.1177/0767370119828894.
- Clergeau C et Trinquecoste J-F (2018) Introduction au numéro spécial - Les nouveaux modèles du tourisme : vers une approche tourist-centric. *Management & Avenir* 99(1): 109–113.
- Constand MK, MacDermid JC, Dal Bello-Haas V, et al. (2014) Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC Health Services Research* 14(1): 271. DOI: 10.1186/1472-6963-14-271.
- Crié D et Chebat J-C (2013) Health marketing: Toward an integrative perspective. *Journal of Business Research* 66(1): 123–126. DOI: 10.1016/j.jbusres.2012.09.002.
- Czarniawska B (2007) *Shadowing: And Other Techniques for Doing Fieldwork in Modern Societies*. Copenhagen: Liber and Copenhagen Business School Press.
- De Vaujany F-X, Mitev N, Lanzara GF, et al. (2015) *Materiality, Rules and Regulation: New Trends in Management and Organization Studies*. Technology, Work and Globalization. Basingstoke (Hampshire, UK): Palgrave Macmillan.
- El Euch Maalej M et Roux D (2012) Répertoires de critiques et conflits des mondes: une approche conventionnaliste des programmes de fidélisation. *Recherche et Applications en Marketing* 27(4): 59–94.
- Gilbert P et Rault-Croset N (2021) *Lire le management autrement: Le jeu des dispositifs*. Caen: EMS.
- Goto D, Shih Y-CT, Lecomte P, et al. (2017) Regression-based approaches to patient-centered cost-effectiveness analysis. *PharmacoEconomics* 35(7). Springer: 685–695.
- Gotteland D (2019) Editorial. *Recherche et Applications en Marketing* 34(2): 3–5.
- Grenier C et Oiry E (2021) *Les défis du décloisonnement - innovations organisationnelles en santé*. ISTE Editions. Série Santé et Innovation. London.

- Grewal D, Hulland J, Kopalle PK, et al. (2020) The future of technology and marketing: a multidisciplinary perspective. *Journal of the Academy of Marketing Science* 48(1): 1–8. DOI: 10.1007/s11747-019-00711-4.
- Habel J, Kassemeyer R, Alavi S, et al. (2020) When do customers perceive customer centricity? The role of a firm's and salespeople's customer orientation. *Journal of Personal Selling & Sales Management* 40(1): 25–42. DOI: 10.1080/08853134.2019.1631174.
- Hamel J (1997) *Étude de cas et sciences sociales*. Montréal : L'Harmattan.
- Hobbs JL (2009) A Dimensional Analysis of Patient-Centered Care. *Nursing Research* 58(1): 52–62.
- Hoc J-M (1984) La verbalisation provoquée pour l'étude du fonctionnement cognitif. *Psychologie française* 29(3/4): 231–234.
- Institute of Medicine (2001) *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US).
- Kok BC de, Widdicombe S, Pilnick A, et al. (2018) Doing patient-centredness versus achieving public health targets: A critical review of interactional dilemmas in ART adherence support. *Social Science & Medicine* 205: 17–25.
- Kumar V (2017) Integrating Theory and Practice in Marketing. *Journal of Marketing* 81(2): 1–7.
- Lamberti MJ et Awatin J (2017) Mapping the landscape of patient-centric activities within clinical research. *Clinical therapeutics* 39(11). Elsevier: 2196–2202.
- Lemon KN et Verhoef PC (2016) Understanding Customer Experience Throughout the Customer Journey. *Journal of Marketing* 80(6): 69–96.
- Levinson W, Lesser CS et Epstein RM (2010) Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health affairs* 29(7): 1310–1318.
- Livian YF et Herreros G (1994) L'apport des économies de la grandeur: une nouvelle grille d'analyse des organisations? *Revue française de gestion* (101): 43–59.
- Lowe MM, Blaser DA, Cone L, et al. (2016) Increasing patient involvement in drug development. *Value in Health* 19(6): 869–878.
- Lusk JM et Fater K (2013) A Concept Analysis of Patient-Centered Care. *Nursing Forum* 48(2): 89–98. DOI: 10.1111/nuf.12019.
- Morgan S et Yoder L (2011) A Concept Analysis of Person-Centered Care. *Journal of holistic nursing : official journal of the American Holistic Nurses' Association* 30: 6–15.
- Mougeot F, Robelet M, Rambaud C, et al. (2018) L'émergence du patient-acteur dans la sécurité des soins en France : une revue narrative de la littérature entre sciences sociales et santé publique. *Sante Publique* 30(1): 73–81.

- Orvain J et Angelé-Halgand N (2011) Les manufactures de santé : l'art du compromis entre domesticité et industrie. *Sciences sociales et sante* 29(1). John Libbey Eurotext: 5–27.
- Palmatier RW, Moorman C et Lee J-Y (2019) *Handbook on Customer Centricity - Strategies for Building a Customer-Centric Organization*. Edward Elgar Publishing.
- Paul RJ, Ezz I et Kuljis J (2012) Healthcare information systems: a patient-user perspective. *Health Systems* 1(2): 85–95.
- Rathert C, Wyrwich MD et Boren SA (2013) Patient-Centered Care and Outcomes: A Systematic Review of the Literature. *Medical Care Research and Review* 70(4): 351–379. DOI: 10.1177/1077558712465774.
- Robbins DA, Curro FA et Fox CH (2013) Defining patient-centricity: opportunities, challenges, and implications for clinical care and research. *Therapeutic Innovation & Regulatory Science* 47(3): 349–355.
- Robinson J (2005) Managed Consumerism In Health Care. *Health affairs (Project Hope)* 24: 1478–89.
- Robinson JH, Callister LC, Berry JA, et al. (2008) Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 20(12): 600–607.
- Royal College of General Practitioners (2014) *Inquiry into Patient Centred Care in the 21st Century: Implications for general practice primary care*. London.
- Shah D, Rust RT, Parasuraman A, et al. (2006) The Path to Customer Centricity. *Journal of Service Research* 9(2): 113–124.
- Skålén P et Hackley C (2011) Marketing-as-practice. Introduction to the special issue. *Scandinavian Journal of Management* 27(2): 189–195.
- Star SL et Griesemer JR (1989) Institutional Ecology, 'Translations' and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. *Social Studies of Science* 19(3): 387–420. DOI: 10.1177/030631289019003001.
- Weber M (1971) *Economie et Société*. Paris : Plon.
- Yin R K (1981) The case study crisis: Some answers. *Administrative science quarterly*, 26(1) : 58-65.

## Annexe : détail des données collectées

### Détail des données collectées

Méthode	Description	Durée moyenne par entretien ou par séquence d'observation
38 Entretiens individuels	14 membres du personnel médical de tous les niveaux hiérarchiques : - 9 chirurgiens orthopédistes (dont le chef de service à deux reprises) - 3 anesthésistes - 1 gériatre - 1 pharmacien clinicien	55 mn
	18 personnels paramédicaux et administratifs de différents niveaux hiérarchiques : - 6 infirmiers (3 en salle d'hospitalisation, 1 à l'Upog, 1 en parcours de soins, 1 en salle d'opération), - 1 assistant de santé contrôlant l'occupation des lits, - 1 assistant de santé contrôlant l'occupation de la salle d'opération, - 5 cadres de santé (2 en chambre d'hospitalisation, 1 à l'Upog, 1 en anesthésie, 1 en salle d'opération), - 2 secrétaires médicales, - 1 assistante sociale, - 1 diététicienne, - 1 kinésithérapeute	57 mn
	6 patients (4 femmes et 2 hommes, âgés de 55 à 92 ans) : - 5 en chambre d'hospitalisation, - 1 en consultation post-opératoire	21 mn
5 entretiens collectifs	12 membres du personnel paramédical et administratif : - 4 infirmiers en salle d'hospitalisation, - 6 assistants de santé, - 2 cadres de santé (Upog et UCA)	60 mn
Observation directe	3 réunions quotidiennes du personnel de chirurgie	2 h
	2 visites de salles d'hospitalisation (avec le personnel infirmier)	3 h
	1 « grande visite hebdomadaire » (impliquant un chirurgien senior, du personnel médical et paramédical)	1 h
	1 journée de consultation avec le chef de service	1 j
	1 demi-journée avec l'assistant de santé contrôlant l'occupation des lits	3 h
	5 opérations chirurgicales	2 h
Analyse documentaire	Documents pour le patient : - Dépliant : « Parcours de soins : Réhabilitation améliorée après chirurgie » (RAAC) - Dépliant : « Prévention des risques de chute : les bonnes	

- 
- chaussures »
- Dossier complet sur une opération programmée (informations sur l'hospitalisation et l'anesthésie, documents d'admission, questionnaire pré-anesthésique avec évaluation de l'anxiété, prescriptions, formulaire de consentement au don de tête fémorale, demande d'admission aux soins de suivi et de réadaptation, demande de prise en charge de la rééducation fonctionnelle)
- Recommandations d'hygiène avant une intervention chirurgicale ambulatoire
- Dépliant pour le suivi des soins dans l'un des centres de réhabilitation liés au service
- Documents internes :
- Organigramme du groupe hospitalier universitaire
  - Rapport annuel 2019
  - Livret de bienvenue pour le nouveau stagiaire dans le service et les procédures
  - Description du poste de personnel infirmier chargé du parcours de soins
  - Fiche de programmation des opérations
  - Entretien de préparation chirurgicale (personnel infirmier chargé du parcours de soins)
- Documents académiques :
- Thèse soutenue par un des cadres de santé sur l'Upog
  - Communication présentée lors d'un congrès gériatrique par le chef de l'Upog
-