



**HAL**  
open science

# Le “ dispositif de gestion ” : un cadre méthodologique pour l’analyse psychosociale du “ Patient-centered care ” dans un hôpital parisien

Patrick Gilbert, Marie-Eve Laporte, Nathalie Raulet-Croset

## ► To cite this version:

Patrick Gilbert, Marie-Eve Laporte, Nathalie Raulet-Croset. Le “ dispositif de gestion ” : un cadre méthodologique pour l’analyse psychosociale du “ Patient-centered care ” dans un hôpital parisien. *Psychologie du travail et des organisations*, 2022, 28 (4), pp.281-292. 10.1016/j.pto.2022.09.005 . halshs-03885653

**HAL Id: halshs-03885653**

**<https://shs.hal.science/halshs-03885653>**

Submitted on 13 Jan 2023

**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.

Paru dans Psychologie du Travail et des Organisations 28 (2022) 281–292

<https://doi.org/10.1016/j.pto.2022.09.005>

**Le « dispositif de gestion » : un cadre méthodologique pour l’analyse psychosociale du « Patient-centered care » dans un hôpital parisien**

**The "management dispositive": a methodological framework for the psychosocial analysis of « Patient-centered care » in a Parisian hospital**

Patrick Gilbert, IAE Paris Sorbonne Business School

Marie-Eve Laporte, IAE Paris Sorbonne Business School

Nathalie Raulet-Croset (auteur correspondant), IAE Paris Sorbonne Business School, 8 bis rue de la Croix Jarry, 75013 Paris, France

## **Le « dispositif de gestion » : un cadre méthodologique pour l'analyse psychosociale du « Patient-centered care » dans un hôpital parisien**

## **The "management dispositive": a methodological framework for the psychosocial analysis of « Patient-centered care » in a Parisian hospital**

### Résumé :

L'article explore la mise en application de démarches orientées patient qui se diffusent depuis les années 2000 dans les hôpitaux en France. S'interrogeant sur leur acceptation, les auteurs mobilisent le cadre d'analyse du dispositif de gestion, appliqué au service orthopédie d'un hôpital parisien (3 semaines d'observations et 43 entretiens). Ils identifient les ressources socio-matérielles mobilisées (espaces, instruments et langage) et leur agencement sous l'influence d'une idéologie. L'article souligne la nature hybride et située des agencements ainsi que les influences réciproques entre les ressources de l'agencement. L'article prolonge ainsi la réflexion sur l'acceptation située, montrant que le dispositif étudié n'est pas figé, mais est le fruit d'une activité collective, à la fois médiée et objet de rétroactions.

Mots-Clés : dispositif de gestion, technologie de gestion, acceptation située, agencement, médiation

### Abstract :

This article explores the implementation of Patient-Centered Care approaches that have been spreading since the 2000s in French hospitals. Questioning their acceptance, the authors mobilize the framework of analysis of the management dispositive, applied to the orthopedic department of a Parisian hospital (3 weeks of observations and 43 interviews). They identify the socio-material resources mobilized (spaces, instruments and language) and their arrangement under the influence of an ideology. The article underlines the hybrid and situated nature of the arrangements as well as the reciprocal influences between the resources of the arrangement. The article thus extends the reflection on situated acceptance, showing that the dispositive studied is not fixed, but is the result of a collective activity, both mediated and subject to retroactions.

Key Words : management dispositive, management technology, situated acceptance, arrangement, mediation

## 1. Introduction<sup>1</sup>

Largement répandue dans le monde anglo-saxon au travers du Patient-Centered Care (PCC), l'idée de placer le patient au centre de la dispense de soins s'est diffusée depuis les années 2000 en France, sous l'influence des pouvoirs publics et dans un contexte de crise des finances publiques. Les soignants doivent désormais encourager la collaboration entre 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 de la population.

Or conjuguer contraintes économiques, valeurs éthiques, déontologiques et juridiques dans la réforme du système de santé ne va pas de soi (Caillol et al., 2010). En outre, les situations des malades sont diverses et il ne peut être répondu à l'injonction politique de manière standardisée. Comment le PCC est-il effectivement mis en œuvre dans ce contexte ? Pour répondre à cette question, notre recherche s'est appuyée sur une enquête de terrain, réalisée début 2020 en immersion dans le service d'orthopédie d'un grand hôpital public parisien labellisé « Hospitalité ».

Dans les hôpitaux, le déploiement du PCC est lié à une instrumentation spécifique (Label Qualité, démarche formalisée d'auto-diagnostic, etc.). L'inscription du PCC dans le milieu humain d'un hôpital ne peut cependant pas s'appréhender en termes simples d'implémentation d'un outil de gestion fermé, conçu dans une logique descendante d'application d'une politique vers les soignants. Dans quelle mesure le PCC peut-il s'émanciper du rôle strictement utilitaire dans lequel on aurait voulu le cantonner ? Comment est-il réellement mis en œuvre et comment se concrétise-t-il dans les situations de travail ? Pour répondre à ces questions, nous verrons qu'il est fécond de considérer le PCC comme un dispositif sociotechnique, dont la malléabilité permet l'adaptation à la spécificité des situations.

## 2. Etudier le PCC comme « dispositif de gestion »

### 2.1. Le PCC : une mise au travail des patients ?

Le PCC a son origine dans les pays anglo-saxons. Dès 2001, l'Académie nationale de médecine des Etats-Unis le définit 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 » (Institute of Medicine, 2001, p. 6). Au Royaume-Uni, il s'agit de dispenser des « soins qui sont holistiques, responsabilisants et qui adaptent le traitement en fonction des priorités et des besoins de l'individu » (Royal College of General Practitioners, 2014, p. 4). Ce rapport commissionné par les médecins généralistes britanniques présente le PCC comme une réponse efficace aux défis rencontrés par le système de santé.

Tout d'abord, le PCC doit permettre de mieux prendre en compte les patients, qui réclament plus de transparence et de participation, et les professionnels de santé, qui souhaitent une meilleure coordination des soins. Aujourd'hui Google, Apple ou Samsung fournissent des informations de santé directement au grand public et offrent des capacités de diagnostic, ce qui change la relation entre le patient et le professionnel de santé. Le PCC suppose de personnaliser la relation, nécessairement différente entre ceux qui souhaitent une plus grande implication dans leurs soins et ceux qui préfèrent laisser les manettes au professionnel de santé, ou ceux qui

---

<sup>1</sup> Les auteurs remercient chaleureusement : le Dr Karim Zinaï, Président d'Almedys Life et co-directeur du MBA Santé de l'IAE Paris qui a organisé l'accès au terrain de recherche et a grandement facilité son déroulement.

ont accès aux nouvelles technologies et les autres. Mais dans le rapport britannique cité, le PCC est aussi présenté comme une solution face à l'augmentation des frais de santé induits par le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques, très coûteuses. Son objectif est de réduire le recours aux soins, afin d'assurer une assise financière durable au système de sécurité sociale britannique. Le rapport met ainsi en évidence différentes facettes du PCC, en ligne avec la revue de littérature de Robinson et al. (2008), qui identifient quatre perspectives du PCC – l'économie, les politiques publiques, les pratiques cliniques, les patients.

Les autorités françaises, confrontées à des défis similaires, cherchent, elles aussi, à instaurer le PCC. La Haute Autorité de Santé promeut ainsi « *la démarche centrée sur le patient [qui] s'appuie sur une relation de partenariat avec le patient, ses proches, et le professionnel de santé ou une équipe pluriprofessionnelle pour aboutir à la construction ensemble d'une option de soins, au suivi de sa mise en œuvre et à son ajustement dans le temps* »<sup>2</sup>.

Cette coproduction collaborative attendue du patient n'est pas sans suggérer une mise au travail du patient, à l'instar de ce que Dujarier (2008) qualifie de mise au travail du consommateur dans l'univers marchand. Mais cette vision normative laisse pendante la question des interactions entre PCC et milieu humain.

Pour répondre à cette question, nous proposons d'aborder le PCC comme une « technologie de gestion ». La gestion désigne ici « un ensemble de techniques utilisées dans les organisations en vue d'atteindre les objectifs que ces organisations se sont fixés » (Denis et al., 2016, p. 309). Les technologies de gestion constituent les moyens par lesquels ces techniques sont mises en œuvre. Nous mobilisons cette expression dans la suite des travaux du Centre de Sociologie de l'Innovation (Callon et al., 2017) et du Centre de Gestion Scientifique de l'École des Mines, (Hatchuel et Weil, 1992). Ces chercheurs relèvent que les effets des technologies de gestion sur le réel sont tout aussi concrets que ceux produits par les technologies industrielles sur le monde physique. La situation et l'action sont marquées par leur présence.

Les modèles d'acceptation des technologies ont été développés pour étudier les comportements humains dans le contexte de la mise en œuvre de technologies de l'information et de la communication, la plupart de ces dernières visent la régulation de l'action organisée et sont donc assimilables à ce que nous désignons, provisoirement, par « technologies de gestion ». Ceci étant posé, nous voulons à présent inscrire notre contribution dans le projet, énoncé par Rabardel (1995, p. 9) de « penser, conceptualiser l'association des hommes et des objets » ce qui relève de plusieurs approches.

## ***2.2. Caractériser les interactions entre PCC et milieu humain***

### ***2.2.1. Première approche : le modèle d'acceptation des technologies et ses dérivés***

Parmi les modèles théoriques rendant compte de la rencontre humain-technologie, le modèle d'acceptation technologique (TAM) de Davis (1989) fait référence. Le TAM a été conçu pour expliquer l'adoption de technologies numériques, mais il n'existe pas de limites logiques à son application à d'autres technologies. Selon Davis, les effets de croyances sur l'utilité et la facilité d'utilisation perçue sont les principaux déterminants de l'acceptation de la technologie par les utilisateurs. Ces croyances normatives sont évaluées par le sentiment exprimé par le répondant à un questionnaire quant à son approbation (ou sa désapprobation) à l'égard d'items se rapportant à ces deux facteurs : l'utilité perçue, c'est-à-dire « le degré avec lequel une personne

<sup>2</sup> [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi)

pense que l'utilisation d'un système améliore sa performance au travail » (Davis, 1989, p. 320) et la facilité d'usage, ou « degré auquel une personne pense que l'utilisation d'un système ne nécessite pas d'efforts » (ibid., p. 320).

Bien que dominant, ce modèle a fait l'objet de critiques diverses et récurrentes, à la fois conceptuelles et méthodologiques (pour une revue des critiques, cf. notamment Legris et al., 2003 ; Bagozzi, 2007 ; Brangier et al., 2010). Malgré des ajustements, les limites intrinsèques demeurent. Elles sont foncièrement liées à la perspective causaliste et déterministe adoptée par ce courant de recherche (Bobillier Chaumon, 2013).

### *2.2.2. Deuxième approche : de l'acceptation à l'acceptation située*

En contexte d'usage réel, la question n'est plus celle de l'acceptabilité de l'objet technologique, mais ce qu'il permet (ou non) de faire ou oblige (ou non) à faire. Sur ce constat, Bobillier Chaumon (2016) met l'accent sur la mise à l'épreuve de la technologie en situation réelle, sur « l'acceptation située », c'est-à-dire l'expérience concrète de l'outil dans l'activité réelle. Pour ce chercheur, la dimension individuelle et personnelle – celle qui est relative aux activités propres de l'opérateur, dans ses aspects cognitifs et émotionnels – n'est pas la seule à prendre en considération. Il faut aussi compter avec d'autres dimensions : organisationnelle, interpersonnelle, identitaire et professionnelle.

Poursuivant le projet d'une analyse psychosociale des technologies de gestion en contexte organisationnel, nous mettrons dans cet article l'accent sur les deux premières dimensions (organisationnelle et interpersonnelle), ce qui nous éloignera du face-à-face humain-technologie et du paradigme de l'acceptation, et permettra de centrer l'approche sur les interactions entre les humains et l'organisation, comme nous le développons dans les paragraphes qui suivent.

### *2.2.3. Troisième approche : l'hybridation sociotechnique*

A des degrés divers, les concepts mobilisés par le paradigme de l'acceptation se focalisent sur la confrontation sujet-objet. Des contributions alternatives considèrent que le social et la technique, les humains et non-humains, ne constituent pas deux mondes distincts, mais des « hybrides sociotechniques ». Nous reprenons l'expression de Latour (1991) pour qui l'époque moderne se caractérise par la production d'objets techniques dont la nature n'est pas exclusivement scientifique ou technique, mais aussi politique, culturelle, et économique. Dans une perspective proche, Brangier et Hammes-Adelé (2011), à la suite de Licklider (1960) pionnier des sciences de l'information, affirment que le modèle dominant selon lequel la technologie est une entité externe est dépassé. Les humains cèdent certaines responsabilités à la technologie qui devient une extension de nous-mêmes, un organisme qui entretient une relation symbiotique avec l'homme dans un processus dynamique de co-incorporation de l'objet dans le social et du social dans l'objet, tous deux engagés dans un processus de « mutuelle influence » (Brangier et al., 2010) . Mais l'hybridation se nourrit aussi du contexte organisationnel et va articuler les humains et les technologies de gestion.

### *2.2.4. De la technologie au dispositif de gestion*

Du point de vue de l'hybridation sociotechnique, penser séparément technologie de gestion et acteur humain n'est plus pertinent. Aussi pensons-nous préférable d'utiliser une terminologie adaptée à cette hybridation, celle de dispositif de gestion<sup>3</sup>. Nous suivons en cela Gilbert et

---

<sup>3</sup> Si nous parlons de dispositif « de gestion », c'est que l'usage de la notion de dispositif n'est évidemment pas restreint au monde des organisations, mais que la réflexion conduite dans cet article ne s'étend pas au-delà.

Raulet-Croset (2021) qui proposent une approche sociotechnique des dispositifs de gestion, définis comme des arrangements dynamiques, provisoires et évolutifs, combinant dans des activités collectives, une idéologie, au sens, d'un ensemble de croyances, normes et valeurs surplombant les représentations sociales (Flament et Rouquette, 2003), s'exprimant par la médiation d'un langage, d'une instrumentation (un ensemble d'instruments) et des espaces dédiés (un environnement géographique, un lieu de conception ou d'usage du dispositif).

La notion de dispositif est ici mobilisée dans la filiation de la pensée de Foucault et plus encore d'Agamben (2014, p. 28) selon qui le dispositif renvoie à « une économie (...) dont le but est de gérer, de gouverner, de contrôler et d'orienter – en un sens qui se veut utile – les comportements, les gestes et les pensées des hommes. ». En tant qu'hybride socio-technique, le dispositif, dans notre perspective, ne porte ni l'intention disciplinaire du Foucault de *Surveiller et punir* (1975), ni la connotation entitative. Nous ne considérons pas les dispositifs de gestion comme des entités indépendantes, créatures qui imposeraient de façon coercitive leur volonté aux acteurs humains, mais comme un cadre évolutif que les individus contribuent eux-mêmes à structurer. Nous nous éloignons en cela d'une conception du dispositif comme expression d'un management désincarné (Dujarier, 2015).

Dans ces arrangements sont distribués action et cognition : l'agence d'un dispositif ne se limite ainsi pas aux acteurs humains. Ceux-ci n'ont pas l'exclusivité des ressources cognitives, selon l'hypothèse de cognition distribuée (Hutchins, 1995). La cognition et l'action sont considérées comme distribuées au sein du dispositif. C'est à partir de cette conception que nous avons conduit notre étude.

### **3. Méthodologie**

#### **3.1. Contexte global**

Le service orthopédique étudié appartient à un grand hôpital public parisien. Il emploie 160 personnes et comprend 75 lits. Il a obtenu la labellisation PCC sous l'impulsion du chef de service, qui veut tester de nouvelles modalités d'organisation et d'intégration du patient dans la construction des soins.

Ce service est divisé en quatre unités de soin. Les trois premières, consacrées aux traumatismes, aux infections ostéoarticulaires et aux opérations programmées, occupent cinq étages d'un même bâtiment. La quatrième, l'unité postopératoire gériatrique (Upog), accueille dans un bâtiment voisin des patients de plus de 75 ans polypathologiques après une opération orthopédique non programmée. Il existe aussi une unité de chirurgie ambulatoire (UCA), multidisciplinaire, gérée séparément sur un site proche, dans laquelle opèrent des chirurgiens du service. Chacune de ces unités a une patientèle spécifique et se déploie en un lieu donné, ce qui donne lieu à différentes mises en œuvre de PCC.

#### **3.2. Données recueillies**

Préalablement à notre entrée sur le terrain d'observation qu'est le service orthopédique, nous avons effectué une revue de littérature sur le PCC, puis mené quelques entretiens exploratoires auprès d'un médecin de notre réseau. En septembre 2019, par l'entremise de ce médecin, nous sommes entrés en relation avec le pharmacien clinique du service étudié et l'avons longuement interviewé (1h50) sur le nouveau contexte induit par le PCC et sur les modifications apportées dans le service pour donner une place plus centrale aux patients. Suite à cela, le pharmacien clinique a parlé au chef de service de notre projet d'étudier l'implémentation du PCC à l'hôpital. Un mois plus tard, nous lui étions présentés, et il nous autorisait à nous immerger dans son service, sans exprimer d'attentes ni de motivation autre que l'intérêt pour la recherche.

L'immersion sur le terrain s'est déroulée pendant trois semaines à temps plein, en janvier-février 2020. Le premier matin, lors de la réunion de staff réunissant les personnels médicaux et quelques paramédicaux, le chef de service nous a présentés. Il leur a demandé de nous donner libre accès à leurs activités et d'échanger avec nous en toute transparence. Pour faciliter notre immersion, nous avons été revêtus de blouses blanches de l'hôpital. Le pharmacien clinique et le médecin à l'origine de la mise en relation nous ont aidés à coordonner les rendez-vous et ont nourri nos échanges lors de retours d'expérience intermédiaires.

Le recueil des données a reposé sur de l'observation, des entretiens et des données secondaires. Nous avons consacré 25h à de l'observation directe de réunions « de staff », visites en salle d'hospitalisation, consultations de patients et opérations au bloc opératoire, en utilisant une grille incluant la description des lieux, des événements, des protagonistes et de leurs interactions. Nous avons mené 38 entretiens individuels et 5 entretiens de groupe auprès d'une cinquantaine de personnes, à l'aide de deux guides d'entretien. Les personnels (médicaux, paramédicaux et administratifs de tous niveaux hiérarchiques) ont été interrogés sur (a) leur parcours et l'évolution de leur métier, (b) les spécificités des pratiques dans le service par rapport à d'autres endroits, (c) leur vision de l'avenir, (d) la thématique du PCC (si elle n'avait pas été abordée spontanément) ; les patients, sur (a) leurs relation à la santé, (b) les raisons de leur présence dans le service, (c) leur ressenti par rapport à leur prise en charge au sens large, (d) les évolutions de la prise en charge (s'ils avaient déjà eu des expériences d'hospitalisation) et pistes d'amélioration. En complément, une analyse de documents obtenus dans le service (environ 300 pages – dépliants pour le patient, procédures internes, etc.) a été menée, pour étudier le langage autour du PCC et les outils déployés.

### ***3.3. Modalités d'analyse des données : une approche par le processus***

Le PCC se présente au départ comme un changement de paradigme, en mettant le patient au cœur. Mais sa mise en œuvre va en quelque sorte de l'idéal (le PCC en théorie) au socio-matériel (implantation physique, espaces et instruments dont la création accompagne l'implantation). Les modalités du passage de l'idéal au matériel sont marquées par les contextes d'implantation, et conditionnent son acceptation.

Pour analyser la façon dont le PCC prend forme progressivement, nous mobilisons l'approche processuelle, indispensable pour interpréter des cas qui évoluent et qui intègrent des mutations à des diverses échelles (Yin, 2009). Plus particulièrement, nous nous appuyons sur la méthode d'analyse élaborée par Mendez et al. (2010) qui permet, prenant en compte contexte et temporalités, de repérer des ingrédients (événements, actions) ayant des effets sur le phénomène étudié. La combinaison d'ingrédients peut créer des inflexions marquantes dans le processus, et permettre de repérer des séquences. Cette méthode constitue en quelque sorte une opérationnalisation de l'approche généalogique de Foucault (1994), pour qui, dans l'étude de tout phénomène il importe de considérer qu'il ne va pas de soi. Il convient d'en reconstituer les conditions d'émergence, en étant attentif aux ruptures qui l'ont rendu possible.

Suivant cette approche, nous avons fondé notre analyse sur le repérage de moments de « surprise », de « détournement », liés à des événements et actions. Nous avons identifié des moments de basculement, qui permettent de distinguer le passage d'une séquence à une autre. Trois séquences ressortent, qui relient le changement d'échelle de l'implantation du PCC et l'apparition de nouveaux éléments sociotechniques précisant la mise en œuvre située. Nous inspirant de la démarche narrative proposée par Dumez (2021), nous avons aussi identifié les éléments d'analepse, à savoir les éléments explicatifs nécessaires pour comprendre le début de la dynamique étudiée, un retour sur le passé en quelque sorte. Dans notre cas, ils portent beaucoup sur la construction politique de ce changement de paradigme que porte le PCC.



#### **4. Résultats : l'analyse du processus qui a conduit à l'implantation du PCC dans un service hospitalier**

Notre présentation des résultats s'appuie sur les trois séquences temporelles que notre analyse du processus de mise en œuvre locale du PCC a permis de mettre en évidence. Préalablement, nous réalisons une « analepse », qui nous permet notamment de mettre en avant les choix politiques qui ont présidé à la réflexion sur le projet politique soutenant la création du PCC. Le retour sur ces choix est essentiel pour comprendre le lancement du PCC à l'échelle du service étudié. Les trois séquences étudiées, qui chacune ont une unité en termes d'événements, permettent de retracer la progressive matérialisation du PCC, selon différentes échelles d'action.

##### ***4.1. Analepse : le PCC promu par le politique***

Pour identifier les éléments explicatifs préalables au démarrage des séquences, qui constituent l'« analepse », nous nous sommes demandé quels éléments étaient nécessaires pour étudier l'arrivée du PCC au sein de l'hôpital. Parmi ces éléments d'analepse, le contexte politique nous est apparu essentiel. C'est à la suite d'une étude documentaire, et de la réunion préparatoire avec les acteurs de terrain, que la compréhension de ce contexte en amont des séquences est apparue fondamentale, pour en appréhender notamment les fondements idéologiques. De ces données, il est apparu que c'est à la suite des pays anglo-saxons que les pouvoirs publics français ont cherché à développer l'orientation patient dans le système de santé, depuis la loi « Kouchner » qui affirme les droits des patients en 2002 en améliorant l'accès à l'information médicale et la défense de leurs intérêts. En 2018, le président Emmanuel Macron a alors dévoilé la réforme « Ma santé 2022 » du système de santé français en exprimant la nécessité d'« *entièrement repenser notre système de santé en se fixant une seule exigence : mettre le patient au centre* ». En amont de la mise en œuvre, dans le service étudié, du PCC, on trouve donc certains des éléments des dispositifs de gestion, dans la vision sociotechnique défendue précédemment : une idéologie, et le langage du politique pour l'exprimer. Les termes choisis (patient, ...) portent une représentation de l'avenir du système hospitalier qui va guider la mise en œuvre du dispositif. D'autres éléments d'analepse ont aussi été retenus, comme les expériences de réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC), développées au Danemark, qui inspireront la mise en pratique du PCC par le chef de service, et que nous mentionnons ultérieurement.

##### ***4.2. Première séquence : un label suscité par le PCC est mis en œuvre à l'AP-HP***

L'ouverture de cette première séquence peut être reliée à la mise en œuvre d'un label suscité par le PCC. C'est la première matérialisation du PCC à l'échelle de l'hôpital étudié. Nous l'avons donc choisi comme événement qui marque le début de la première séquence. Sa création en 2016 par l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, plus grand CHU d'Europe, témoigne de l'échelle du développement. Qualifié de label « Hospitalité - bien accueillir pour mieux soigner », il est destiné à mettre l'expérience patient au cœur des pratiques et représente une première expression instrumentale de la mise en œuvre du PCC. Ce label est décerné aux unités hospitalières volontaires remplissant les critères requis, pour une durée de quatre ans, par la direction Patient, Qualité et Affaires Médicales de l'AP-HP. Ces critères ont été co-construits lors de groupes de travail réunissant patients, soignants et direction, selon seize parcours usagers (urgences, chirurgie, etc.). Les patients ont évoqué sept pistes d'amélioration lors de focus groupes : (1) accueil, (2) information, (3) qualité de la relation (écoute, empathie), (4) qualité de service et de confort, (5) simplification des procédures, (6) respect de l'intimité, (7) accompagnement et distraction. Elles ont été traduites en sept blocs de critères réinterprétés à

des fins d'évaluation. Ces critères poursuivent la démarche instrumentale initiée par la labellisation.

Les services qui s'engagent dans la démarche doivent d'abord effectuer un autodiagnostic du parcours patient. Une visite de labellisation est ensuite réalisée par des représentants des usagers et de l'hôpital, qui évaluent les critères sur la base d'observations et d'entretiens auprès de patients (exemple de question : « *QR-P019 : Vous sentez-vous accueilli comme une personne à part entière (et non comme un numéro) ?* »). Pour obtenir le label, les services doivent satisfaire 80% des critères. Ils affichent alors le logo Hospitalité dans leurs locaux et figurent dans la liste des unités labellisées sur le site internet de l'AP-HP. Celle-ci comptabilise les unités labellisées et affiche des objectifs chiffrés (125 nouvelles unités candidates à visiter par an). Le PCC va s'appuyer sur cette démarche de labellisation, faisant de ce label un indicateur de gestion permettant d'évaluer l'expérience patient, une des dimensions du PCC.

Après la construction de l'idéologie et d'éléments langagiers du PCC, ce sont donc les instruments de gestion qui sont mis en œuvre dans cette nouvelle étape, et vont progressivement matérialiser la mise en œuvre du PCC, tout d'abord à l'échelle de l'hôpital dans son ensemble. Ces instruments, médiateurs épistémiques (Rabardel, 1995), synthétisent des connaissances, en les reliant aux éléments d'idéologie et de langage.

#### ***4.3. Deuxième séquence : la structuration organisationnelle du PCC dans le service orthopédique***

Cette nouvelle séquence se déclenche avec la volonté du chef de service de compenser les exigences économiques (fermetures de lit, diminution de la durée moyenne de séjour – DMS, réductions d'effectifs...) par une meilleure efficacité de soins mieux adaptés aux profils des patients. Pour cela, il expérimente en parallèle différentes innovations repérées lors de congrès ou dans des publications, et notamment des innovations qui mettent « le patient au centre ».

Il a ainsi pris l'initiative de créer l'Upog, système qui existait dans un autre hôpital de l'AP-HP, en s'appuyant sur deux gériatres : « *je trouvais qu'on ne soignait pas bien les vieux. On les tuait ! On n'est pas des docteurs, nous, on est des chirurgiens* ». Pour dépasser les réticences de l'hôpital devant l'investissement requis, il a monté l'Upog par étapes, partageant les locaux d'une autre unité du service, au deuxième étage : « *on a démarré et petit à petit, on est monté en charge* ». Il a ensuite mis en place une recherche clinique pour évaluer les pratiques, qui a montré une récupération plus rapide des patients et une meilleure prise en charge de leurs différentes pathologies, mais aussi un gain financier pour l'hôpital grâce à une DMS raccourcie (passée de 13 à 9 jours) et à un codage des actes plus adapté. Grâce à cela, il a pu développer « *une vraie Upog* », dans un bâtiment aménagé spécifiquement pour accueillir les patients âgés.

De même, le chef de service a mis en place la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC), développée au Danemark, après l'avoir repérée dans des publications. Cette innovation médicale et organisationnelle consiste à préparer le parcours des patients qui vont subir une intervention programmée, en les rendant acteurs. Ils se présentent le matin de l'opération déjà lavés à la Bétadine, avec un dossier complet, et sont debout le soir car comme le dit un cadre, « *psychologiquement, quand on vient de vous mettre une prothèse, qu'on vous laisse dans un lit, allongé, à l'hôpital, on se dit « je suis malade ». Quand on me lève le jour même et qu'on me montre que je peux tenir sur mes deux jambes et que dans deux jours, je peux rentrer à la maison, je ne suis plus malade* ».

Le chef de service a donc élaboré par la pratique et de façon progressive ce qui deviendra du PCC : « on a fait des innovations, mais cela n'a rien d'extraordinaire, on n'invente pas la roue. Les Upog, cela existait ; la RAAC, pareil, c'est un truc qui existe depuis longtemps. Donc quand

on change et que cela améliore la vie des patients, leur prise en charge... c'est un peu cela ». La labellisation évoquée dans la première séquence a contribué à étiqueter PCC des innovations orientées client, et par là à rendre plus visible l'approche PCC à l'échelle du service.

#### **4.4. Troisième séquence : les arrangements situés du PCC dans les unités de soin**

A travers de multiples expérimentations, le chef de service a développé le PCC en différents endroits du service. Comme il le note, « *après, il faut arriver à les mettre en place localement. Moi, je suis très pragmatique, on commence, parce que si on attend pour commencer, on ne fait jamais rien. Puis on diffuse* ».

Les arrangements, de nature situés, sont particulièrement visibles dans cette dernière séquence, base de notre observation. Nous avons choisi de les analyser sous le prisme des dispositifs de gestion.

Notre analyse repose sur la comparaison de plusieurs unités de soin, au sein du service orthopédique, qui ont fait le choix de mettre en place le PCC et dont nous avons pu observer la mise en œuvre. Celle-ci s'est avérée très différente, sur les plans spatial, instrumental, langagier, et idéologique. La dimension spatiale va notamment apparaître. Dans la continuité de la séquence précédente, nous avons choisi de développer deux cas fortement contrastés. Le premier est celui de l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA) développée récemment grâce à la diffusion de la RAAC, et le second est celui de l'Upog.

L'UCA accueille des urgences différées (non vitales) envoyées par d'autres services et opérables en ambulatoire. Ainsi, le service orthopédie envoie tous les matins une liste de patients arrivés dans la nuit avec des fractures limitées, considérés comme éligibles à la chirurgie ambulatoire. Le développement de l'UCA a toutefois suscité des réticences et des conflits avec les services qui étaient de ce fait privés d'une partie de leur activité. Comme l'explique le chef du service orthopédique, « *cela a été très difficile, personne n'a fait de cadeau à la cadre de l'UCA. Les cadres d'ici, en orthopédie, ont dit : 'elle se débrouille'. Les chirurgiens – bien sûr, ce n'était pas parfait au début – ont été durs. Maintenant, c'est un bel outil qui fonctionne bien, mais c'est vrai qu'elle a morflé au début et que ce n'était pas gagné* ». Dans sa phase expérimentale, l'UCA comportait une seule salle d'opération et était installée dans un service existant. Aujourd'hui, elle comprend cinq salles d'opération et a emménagé dans un bâtiment dédié au milieu d'un parc, sur un site voisin mais distinct. Aménagée avec soin et un souci d'esthétisme, elle offre une atmosphère démedicalisée qui rassure. Comme en attestent de nombreux témoignages et nos observations, les patients ne s'identifient pas comme tels. Ils n'ont pas l'impression d'être à l'hôpital et sont plus détendus, ce qui se traduit par des relations apaisées avec le personnel, en témoignent les résultats des enquêtes de satisfaction menées auprès des patients, et nos propres observations. De plus, l'isolement spatial a permis à l'UCA d'affirmer son autonomie et d'adopter un mode collaboratif très différent de celui des autres entités. La cadre souligne la polyvalence et l'esprit de corps qui règne dans son équipe : au contraire des autres unités, à l'UCA, les infirmiers et aides-soignants « *se répartissent comme ils veulent, ils font leur planning ; moi, je n'interviens pas, sauf si cela ne tient pas debout* ». De plus, chacun d'entre eux est consulté lors de réunions mensuelles. Ainsi, ce sont les aides-soignants qui ont choisi les tables d'opération, puisqu'ils installent les patients dessus. La centralité du patient est constamment rappelée à l'UCA, comme en attestent les lettres de patients épinglées sur les murs dans le couloir du personnel. Ces pratiques sont inhabituelles à l'hôpital, comme nous avons pu l'observer.

L'Upog, qui constitue notre deuxième unité d'analyse, est elle-aussi dans un bâtiment distinct du service, mais à proximité immédiate. Elle est située au rez-de-chaussée pour faciliter l'accueil des patients et de leurs proches, souvent eux-aussi âgés : « *Les enfants de mes patients,*

*ils ont eux-mêmes parfois plus de 75 ans* » (infirmier). La petite taille de l'Upog et sa localisation isolée du service offrent une plus grande réactivité aux équipes : « *une personne âgée, surtout avec des troubles cognitifs, si on n'y va pas tout de suite, ça va être compliqué* » (infirmier). Cela permet aussi de casser le rythme habituel de l'hôpital, en adaptant les heures de repas, des toilettes et des couchers aux besoins spécifiques des personnes. Comme le rapporte le gériatre, « *il y a certains patients déments qui refusent de manger à 18h30 parce que ce n'est pas dans leurs habitudes. On a une organisation, certes, mais pourquoi les contrarier ? Si ça peut éviter un trouble du comportement avec une agressivité et donc derrière une gestion de crise, je dis banco : laissons-le manger plus tard, ce n'est pas grave* ». Cela autorise une tolérance sur les heures de visites et l'inclusion des aidants pour participer aux repas et même aux soins. Une pièce a été conçue spécifiquement pour les patients et leurs proches, un salon confortable décoré avec soin, « *où les gens, ceux qui sont un peu autonomes, peuvent venir, retrouver leur famille ; où la femme ou l'époux du patient Alzheimer peut venir se ressourcer. Il faut aider énormément les aidants et reconnaître leur rôle* » (infirmier). Finalement, les soignants connaissent mieux les patients, car ils leur sont attirés, et ont plus de temps pour des soins non médicaux, comme des manucures, et l'échange. Cela modifie profondément la nature de la relation, qui inclut du *care* en plus du *cure*.

La comparaison réalisée entre les unités de soin permet de mettre en avant en quoi le PCC s'inscrit dans une progressive spécification, depuis l'expression politique jusqu'à la mise en œuvre située. Dans chacun des cas, l'arrangement entre idéologie, langage, instrumentation et espace est spécifique au contexte et est aussi lié aux engagements des porteurs locaux du projet.

## **5. Discussion et conclusion**

### ***5.1. L'architecture complexe et mouvante de l'hybride sociotechnique***

L'hybridation sociotechnique consiste dans le fait que les humains et les technologies ne sont pas à considérer comme étant dans deux mondes séparés. La technologie entretient une relation symbiotique avec l'homme dans un processus dynamique de co-incorporation de l'objet dans le social et du social dans l'objet (Brangier et al., 2010). Nos résultats enrichissent cette perspective, en étendant la problématique de l'acceptation aux technologies de gestion. Cette analyse rejoint les travaux d'auteurs qui accordent la capacité d'influencer les conduites non seulement aux humains, mais aussi aux vivants non-humains (Beaujolin et al., 2020), aux objets physiques (Latour, 1991, 2005), voire aux instruments symboliques comme les technologies informatiques (Orlikowski 2007 ; Leonardi, 2011) ou les « outils de gestion » (Chiapello et Gilbert, 2019).

Nous nous sommes attachés à étudier l'architecture de cet hybride que nous considérons comme un dispositif, un arrangement que nous ne réduisons pas à une entité consécutive à l'intrication d'une composante technique dans une composante sociale.

Le tableau 1 met en avant l'instanciation en situation des différentes composantes du dispositif PCC. Nous montrons que les idéologies et les éléments de langage existent en amont, à un niveau très générique de nature politique, et vont ensuite être spécifiées dans chaque situation, en donnant au PCC un ancrage socio-matériel. D'autres composantes, en particulier instrumentales, organisationnelles et spatiales, sont par nature situées, et sont mises en œuvre à l'échelle du service orthopédie ou du site (UPOG ou UCA).

Insérer Tableau 1

Des tensions existent lors de cette phase de construction et d'articulation des ressources entre elles ; on observe que des ressources sont créées spécifiquement (innovation RAAC par exemple) et que d'autres sont avec opportunité intégrées dans le dispositif (label hospitalité par exemple). In fine, le dispositif PCC hybride dans chaque cas un ensemble de ressources, dont on peut considérer qu'elles développent des agences réciproques, en symbiose, et vont sans doute progressivement constituer un tout, qui va continuer à évoluer mais porte déjà en soi une identité spécifique.

L'analyse du PCC comme dispositif de gestion montre comment l'enchevêtrement sociotechnique se réalise, comment il se complexifie dans le jeu des interactions et peut contribuer dans cette dynamique à la construction d'une acceptation située.

### ***5.2. La construction d'une acceptation située***

Dans les cas analysés, nous nous positionnons au moment de la création du PCC, et avons eu la chance de pouvoir observer les interactions entre des personnes et d'autres ressources hétérogènes (espaces, instruments, idéologies, etc.). Le rôle du chef de service a été moteur, pour saisir des opportunités, tester des innovations. Ainsi, si l'on prend le cas UCA, on constate la progressive augmentation du nombre de lits, le déplacement du service dans un espace dédié et à l'écart des autres services de l'hôpital, une adaptation des règles et de l'usage des instruments (comme par exemple la définition du planning, ou le mode collaboratif et agile). On constate également des influences réciproques, au sein de l'agencement, entre les différentes ressources, qui ne reposent pas sur la médiation humaine. Ainsi, dans le cas UCA, l'isolement de l'espace suscite l'usage d'autres instruments de gestion ; la nature symbolique de l'espace (décoration, site à part,...) lui donne aussi un effet d'agence, en orientant vers le type de patientèle accueillie, et en facilitant sa responsabilisation. Dans le cas UPOG, l'espace permet l'accueil des familles des patients, et des assouplissements sur les horaires.

Nous avons tout d'abord inscrit notre analyse des différentes mises en situation du PCC sous l'angle de l'« acceptation » de cette nouvelle technologie de gestion qu'est le PCC, et nous nous sommes positionnés dans le prolongement des théories sur l'acceptation située des technologies (Bobillier Chaumon, 2016). L'objet de notre étude, le PCC se trouve être une technologie de nature idéale, qui a vocation à accompagner, voire contraindre l'activité humaine selon une certaine idéologie qui conduit à penser l'action organisée autour de l'utilisateur des soins.

En réalisant une analyse processuelle, sur deux cas de mise en place du PCC, nous avons tout d'abord montré que le PCC ne pouvait s'appréhender comme une technologie figée devant être acceptée comme un tout déjà constitué, mais était au contraire un construit, dont l'acceptation était de nature pragmatique, et se réalisait en situation. Dans chacun des cas, l'arrangement résultant entre les composantes du dispositif de gestion est propre au contexte et lié aux engagements des porteurs locaux du projet et à la figure du patient concerné (Borzeix, 1995).

L'analyse processuelle permet ainsi d'identifier comment le PCC s'est progressivement constitué en dispositif de gestion, qui constitue un tout orienté. L'analyse de cette constitution révèle l'importance, pour l'action collective, d'un passage progressif de l'idéal au matériel. L'acceptation située, au sens de Bobillier Chaumon, faisait état de l'importance des dimensions organisationnelle, interpersonnelle, identitaire et professionnelle. L'utilisation de la notion de dispositif permet d'approfondir la dimension organisationnelle et interpersonnelle, en identifiant le rôle des espaces et des instruments de gestion, qui contribuent à la matérialisation du dispositif. Elle met aussi au cœur la construction progressive et pragmatique du PCC dans chacun des cas, et souligne l'importance de la dimension temporelle de cette construction qui permet l'articulation fine des différentes ressources.

### ***5.3. En guise de conclusion***

L'objectif de cet article était de proposer des réponses à la question de la mise en œuvre du PCC dans le contexte du service de chirurgie orthopédique d'un hôpital public. Le principe consistait à faire prévaloir un regard sociotechnique, attentif à la matérialité du PCC, mais le saisissant aussi dans sa dynamique.

La présentation du cas et ses deux inscriptions (UPOG et UCA) témoigne de la pertinence de considérer une technologie de gestion, non pas comme un donné (un outil fermé), déployé dans une démarche descendante, mais comme le fruit d'une activité collective à la fois médiée et, par rétroaction, produite par le PCC (causalité circulaire). Ce que nous avons désigné comme « dispositif de gestion ».

Cette approche processuelle n'exclut pas l'analyse, dès lors que chacun des éléments du dispositif n'est pas considéré comme une entité indépendante, mais comme relié à l'ensemble dans un jeu d'interactions psycho-sociales. L'architecture du dispositif de gestion peut constituer un cadre d'analyse mobilisable dans un diagnostic ou une intervention visant l'amélioration d'une situation-problème (Althaus et al., 2013).

Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts.

## Références

- Agamben, G. (2014) *Qu'est-ce qu'un dispositif?* Rivages.
- Althaus, V., Grosjean, V., Brangier, E., & Aptel, A. (2013). *Guide de l'intervenant: l'intervention «bien-être au travail» dans les PME du tertiaire*, Note scientifique et technique de l'INRS, n°298, 1-45.
- Bagozzi R. P. (2007), The Legacy of the Technology Acceptance Model and a Proposal for a Paradigm Shift, *Journal of the Association for Information Systems*, 8(4), 244-254.
- Beaujolin, R., Boudès, T., & Raulet-Croset, N. (2021). Interrelated agencies in an animal-centred organisation: the case of hunting with hounds. *Culture and Organization*, 27(3), 191-208.
- Bobillier Chaumon, M. E. (2013). *Conditions d'usage et facteurs d'acceptation des technologies: Questions et perspectives pour la psychologie du travail*. Habilitation à Diriger des Recherches (HDR). Université Pierre Mendès-France (Grenoble).
- Bobillier Chaumon, M. E. (2016). L'acceptation située des technologies dans et par l'activité: premiers étayages pour une clinique de l'usage. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 22(1), 4-21.
- Borzeix, A. (2000). Relation de service et sociologie du travail—l'usager: une figure qui nous dérange?. *Les cahiers du Genre*, 28(1), 19-48.
- Brangier, E., Hammes-Adelé, S., & Bastien, J. M. (2010). Analyse critique des approches de l'acceptation des technologies: de l'utilisabilité à la symbiose humain-technologie-organisation. *European review of applied psychology*, 60 (2), 129-146.
- Brangier, É., & Hammes-Adelé, S. (2011). Beyond the technology acceptance model: Elements to validate the human-technology symbiosis model. In *International Conference on Ergonomics and Health Aspects of Work with Computers*. Springer, Berlin, Heidelberg, 13-21.
- Caillol, M., Le Coz, P., Aubry, R., & Bréchat, P. H. (2010). Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques. *Santé publique*, 22(6), 625-636.
- Callon, M., Millo, Y. & Muniesa, F. (2007). *Market Devices*, Oxford : Blackwell Publishing.
- Chiapello, E. & Gilbert, P. (2019). *Management Tools: A Social Sciences Perspective*. Cambridge University Press
- Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS quarterly*, 319-340.
- Denis, J. P., Martinet, A. C., & Silem, A. (2016). *Lexique de gestion et de management*, Dunod.
- Dujarier, M.-A. (2008). *Le travail du consommateur. De McDo à eBay : comment nous coproduisons ce que nous achetons*. La Découverte.
- Dujarier, M.-A. (2015). *Le management désincarné. Enquête sur les nouveaux cadres du travail*. La Découverte.
- Dumez, H. (2021). *Méthodologie de la recherche qualitative: Toutes les questions clés de la démarche compréhensive*. Vuibert.
- Flament, C., & Rouquette, M. L. (2003). *Anatomie des idées ordinaires: comment étudier les représentations sociales*. A. Colin.
- Foucault M. (1994), Qu'est-ce que les Lumières ?, in M. Foucault, *Dits et Ecrits. Tome 4*, Paris, Gallimard, 564-580.
- Gilbert, P., & Raulet-Croset, N. (2021). *Lire le management autrement: Le jeu des dispositifs*. Éditions EMS.
- Hatchuel, A. & Weil, B. (1992). *L'expert et le système*, Economica.
- Hutchins, E. (1995). *Cognition in the wild*, MIT Press, Cambridge.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US).
- Latour, B. (1991). *Nous n'avons jamais été moderne. Essai d'anthropologie symétrique*. La Découverte.
- Latour, B. (2005). *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-network Theory*. Oxford, UK: Oxford University Press
- Legris P., Ingham J., Colletette P. (2003), Why do people use information technology ? A critical review of the technology acceptance model, *Information & Management*, 40(3), 191-204.
- Leonardi, P. M. (2011). When flexible routines meet flexible technologies: Affordance, constraint, and the imbrication of human and material agencies. *MIS quarterly*, 147-167.
- Licklider, J. C. (1960). Man-computer symbiosis. *IRE transactions on human factors in electronics*, (1), 4-11.
- Mendez, A. (2010). *Processus et méthodes pour l'analyse temporelle en Sciences Sociales*, Louvain La Neuve, Be : Bruylant-Academia
- Orlikowski, W. J. (2007). Sociomaterial practices: Exploring technology at work. *Organization studies*, 28(9), 1435-1448.
- Rabardel, P. (1995). *Les hommes et les technologies; approche cognitive des instruments contemporains*. Armand colin.



- 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.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods*. Sage.

Tableau 1 - L'instanciation des composantes du PCC, en tant que dispositif de gestion

	Cas Upog – Chirurgie en gériatrie	Cas UCA – Chirurgie ambulatoire
Idéologies	Le Patient au centre	
	Figure du patient : le patient est une personne fragile qui doit être accompagnée par sa famille.	Figure du patient : le patient est une personne active et mobile, que l'on doit autonomiser.
Langages  (à partir d'échantillons de mots-clefs issus des entretiens)	<p>Représentation du patient dans son environnement social : « le malade », « le sujet âgé », « la personne âgée », « la maman », « le papa », « les enfants », « le/la conjoint.e », « la famille ».</p> <p>Représentation de l'état du patient : « polypathologie », « comorbidité », « mortalité », « trouble cognitif », « vie », « rire », « pleurer », « souffrance »,</p> <p>Représentation de la prise en charge thérapeutique : « coordonner », « prise en charge », « proximité », « préparer la sortie », « partenariat », « médicaliser », « médecin », « docteur », « empathie », « humain », « histoire », « vécu », « prendre soin », « confiance », « ressource », « protéger », « rassurer », « communication », « parler »</p>	<p>Représentation du patient dans son environnement social :</p> <p>« Responsable », « patient acteur »,</p> <p>Représentation de l'état du patient : « satisfaction », « compétences », « capacités », « autonomie »,</p> <p>Représentation de la prise en charge thérapeutique : « organisation », « démedicaliser », « chirurgien », « technique », « méthodique », « flux », « parcours », « programme », « équipe », « ensemble », « activité », « pluridisciplinaire », « optimisé », « planning », « procédure », « valorisation », « éducation », « efficient », « efficace », « préparation », « confort »</p>
Instruments de gestion	Label Hospitalité de l'AP-HP DMS Réunion de staff quotidienne	
	Planning fait par le cadre de santé Tableau de bord spécifique suivi par le gériatre	Planning fait par les employés Réunions mensuelles avec le personnel pour voir les dysfonctionnements RAAC
Espaces	UPOG dans un bâtiment connexe en rez-de-chaussée facilement accessible Salon pour les patients et leur famille Articulation entre l'hôpital et le centre de convalescence	UCA isolé sur un site non dédié à l'orthopédie, dans un parc arboré Atmosphère démedicalisée, souci de la décoration Articulation entre le domicile et l'hôpital