

LE VIRAGE AMBULATOIRE DE LA CHIRURGIE LOURDE : UNE MISE AU TRAVAIL DES PATIENTS PRODUCTRICE D'INÉGALITÉS SOCIALES

[Claire Marchand-Tonel](#)

La Documentation française | « [Revue française des affaires sociales](#) »

2021/4 | pages 55 à 75

ISSN 0035-2985

DOI 10.3917/rfas.214.0055

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2021-4-page-55.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour La Documentation française.

© La Documentation française. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Le virage ambulatoire de la chirurgie lourde : une mise au travail des patients productrice d'inégalités sociales

Claire Marchand-Tonel

RÉSUMÉ

À travers l'étude d'un programme de réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC), nous souhaitons illustrer les effets que le virage ambulatoire peut produire sur le travail des infirmières. En analysant la mise en œuvre de ce programme dans une clinique à but lucratif, nous montrerons comment l'intrication entre innovation médicale et innovation organisationnelle permet d'opérer une nouvelle division du travail entre plusieurs fonctions infirmières, les patients et leur entourage. L'externalisation sur les patients et leurs proches des tâches d'organisation, des activités de *care* à faible valeur ajoutée et à forte dimension individuelle et relationnelle, ainsi que le fait qu'ils devront les réaliser en dehors du temps de l'hospitalisation permet de réduire la variabilité des prises en charge hospitalières et, ainsi, de garantir un raccourcissement significatif de la durée de séjour. Du côté des infirmières, la déprofessionnalisation du travail de *care* et le raccourcissement des séjours génère un appauvrissement du travail et une augmentation des cadences. Plus largement, le déploiement de ce type de programmes dans des cliniques privées à but lucratif pose la question de leur généralisation dans le cadre des réformes portées par l'action publique et du risque de production d'inégalités sociales.

ABSTRACT

The peripatetic shift in major surgery: putting patients into work and causing social inequalities

Through the study of an Enhanced Recovery After Surgery programme, we aim to show the effects that the shift to ambulatory care can have on nurses' work. By analysing how this programme was rolled out in a for-profit clinic, we will show how the mix of medical innovation with organisational innovation provides a new division of labour between nurses, patients and their family circles. The outsourcing to patients and their relatives of organisational tasks, of low added value "care" activities with a strong individual and relational dimension, as well as the fact that they will have to be undertaken outside of hospitalisation time, makes it possible to reduce the variability of hospital care and thus, to guarantee a significant shortening of the length of stay. From the nurses' side, the erosion of care work professional standards and the reduced length of hospital stays causes the work to be impoverished and things to become faster paced. On a wider scale, the rolling out of this type of programme in private for-profit clinics raises the question of their generalisation within the framework of reforms brought about by public action and risks creating social inequalities.

Introduction¹

Cet article se propose de contribuer à éclairer l'effet socialement différencié des réformes dans le cadre du développement massif des prises en charge ambulatoires, mouvement porté par l'action publique sous le terme de « virage ambulatoire »². L'ambulatoire recouvre deux mouvements complémentaires mais différents : le premier, qui s'applique aux établissements hospitaliers, porte sur les modalités d'accueil des patients. Il consiste à organiser un séjour hospitalier dans une durée maximale de douze heures sans hébergement, « au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge »³. En chirurgie, l'ambulatoire concerne essentiellement des interventions dites « légères » ou réalisées avec des méthodes peu invasives. En médecine, elle porte sur des traitements qui ne supposent pas que le patient passe la nuit à l'hôpital. La seconde acception du terme « ambulatoire » fait référence aux soins réalisés en dehors du cadre hospitalier, que l'on peut en particulier relier à une externalisation croissante des prises en charge à domicile par des professionnels libéraux et soutenue par l'Assurance maladie grâce au Prado⁴. À la croisée de ces deux mouvements se trouve un programme appelé « réhabilitation améliorée après chirurgie » (RAAC), qui permet de concilier l'optimisation du processus de prise en charge intra-hospitalière avec une sortie précoce vers le domicile. Grâce à une réflexion clinique sur les facteurs préservant ou améliorant l'état physiologique du patient avant, pendant et après la chirurgie, il permet en effet de raccourcir significativement la durée de séjour des patients devant subir une chirurgie lourde.

Nous mettrons en lumière comment le retour précoce à domicile, rendu possible grâce aux bénéfices cliniques de la RAAC, suppose une contribution du patient qui s'apparente à un travail. Nous montrerons également comment ce programme vient introduire une division du travail de soin entre professionnels et profanes, par un double mouvement de délégation des premiers aux seconds et d'externalisation vers le domicile. Puis nous décrirons en quoi ces nouvelles formes de travail sanitaire profane (Cresson, 1991) transforment l'activité des infirmières impliquées dans ces parcours raccourcis. Ensuite, nous évoquerons les conditions de l'activation des patients et comment la figure du « patient acteur » cache, pour partie, l'émergence d'un nouvel acteur productif susceptible de contribuer aux économies du système de santé. Rejoignant Lhuillier (2016) dans l'idée que « le contrat

1. Je tiens à remercier mon directeur de thèse, François Sicot, les deux experts anonymes ainsi que le comité éditorial de la *Revue française des affaires sociales* pour leurs critiques éclairantes et leurs suggestions, qui ont conduit à la version actuelle de cet article.

2. Ce terme a été employé pour la première fois par la ministre Marisol Touraine en 2014, lors de la présentation du projet de loi relatif à la santé, devenu loi de modernisation de notre système de santé (LMSS), au cours de laquelle elle a posé l'objectif qu'une intervention chirurgicale sur deux soit réalisée en ambulatoire dès 2016. Plus récemment, la lettre de saisine de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) au Haut Comité de la santé publique rappelle que l'objectif du virage ambulatoire « est de proposer un retour précoce et sécurisé des patients à leur domicile après un séjour hospitalier médical ou chirurgical » (rapport du HCSP « virage ambulatoire : pour un développement sécurisé », juin 2021).

3. Code de la santé publique, articles D6124-301 à D6124-305.

4. Le programme de retour à domicile des patients hospitalisés Prado, initié par l'Assurance maladie en 2010, a pour vocation de mettre en relation les patients sortant d'un établissement hospitalier avec des professionnels libéraux à proximité de leur domicile.

de travail n'est pas la frontière qui borne le travail du non-travail », nous montrons enfin que le caractère socialement différencié des réformes ne concerne pas seulement le personnel hospitalier, mais également les patients et leurs proches, qu'il semble désormais nécessaire de considérer comme une catégorie émergente de travailleurs. En conclusion, nous soulignerons également la dimension artificielle des nouvelles normes d'efficacité incubées dans des cliniques privées, susceptibles de faire ensuite référence pour réformer les établissements publics.

MÉTHODOLOGIE

[ENCADRÉ 1]

Cet article s'appuie sur une recherche doctorale en cours, qui porte sur la mise au travail des patients dans les parcours de chirurgie RAAC, en référence au « travail des patients » (Strauss *et al.*, 1982) et par analogie avec « le travail du consommateur » (Dujarier, 2014) et la « mise au travail des clients » (Tiffon, 2013). Nous avons adopté une démarche méthodologique inscrite dans la sociologie pragmatique (Ughetto, 2018), au croisement de la sociologie de la santé et de la sociologie du travail. Ce faisant, notre objet de recherche se donnera à voir à travers l'observation des interactions entre les acteurs, ainsi que par les discours qu'il leur sera demandé de produire sur leur activité. En analysant le travail à partir de l'activité, on n'évite pas pour autant les coordonnées sociales de l'action (Dujarier, 2016) ni les dispositifs d'organisation et de gestion dans lesquels elle s'inscrit. Les analyses produites dans cet article portent sur la pose de prothèse totale de hanche programmée, dans une clinique à but lucratif. Ce choix a été motivé par le fait que les établissements privés lucratifs réalisent aujourd'hui plus de 60 % des chirurgies programmées de hanche et de genou, avec un taux de sorties directes à domicile de 66,83 % contre 49,97 % dans les hôpitaux publics (Malléjac et Or, 2019). En outre, bien que peu étudiées par les sociologues, les cliniques sont aujourd'hui très actives dans le déploiement d'innovations organisationnelles et technologiques et font, à ce titre, figure d'incubateurs de réformes. Nos données sont issues, d'une part, d'une série d'entretiens avec le directeur de la clinique, le président de la commission médicale d'établissement, le directeur des soins, le qualitatif, le médecin du département d'information médicale et des médecins exerçant dans l'établissement et, d'autre part, d'une dizaine de journées d'immersion pour observer le quotidien du travail des infirmières¹ du service de chirurgie et des infirmières de coordination RAAC, au cours desquelles ont eu lieu de nombreux entretiens formels et informels. Par ailleurs, ces données ont été complétées par des entretiens réalisés avant, pendant et après la chirurgie avec des patients inscrits dans le parcours RAAC de cette clinique. C'est dans la déconstruction, par l'échantillonnage théorique, des « limites structurelles relatives aux frontières usuelles entre les groupes » (Glaser et Strauss, 2010), en particulier entre patients et soignants, c'est-à-dire en considérant l'expérience de travail des patients au même titre que celle des soignants, qu'émergent de nouvelles formes de division du travail entre professionnels et profanes (Darmon, 2021) et que nous analysons les conditions sociales de la mise au travail des patients.

1. Le féminin a été choisi pour rendre compte de la surreprésentation des femmes par rapport aux hommes dans la clinique, à l'instar de la profession en général.

Externalisation et délégation, les leviers de la mise au travail des patients

La RAAC, une innovation clinique qui permet de raccourcir le séjour hospitalier

L'implantation du programme RAAC repose sur une double innovation, à la fois clinique et organisationnelle. Sur le plan clinique, grâce à des protocoles médicaux spécifiques, des méthodes chirurgicales dites « micro-invasives », une anesthésie plus localisée, des mesures médicamenteuses destinées à limiter la douleur ou les vomissements et permettre un lever précoce, la récupération postopératoire est meilleure et plus rapide – cela étant attesté par de nombreuses études (Slim, 2018). Sur le plan clinique, la RAAC requiert des protocoles écrits et validés collégialement destinés à garantir l'harmonisation des pratiques médicales. Sur le plan organisationnel, les recommandations sont rares, hormis celle émise par la Haute Autorité de santé (HAS) d'assurer une coordination opérationnelle reposant sur un trio constitué d'un chirurgien, d'un médecin anesthésiste et d'une infirmière coordinatrice RAAC (HAS, 2016).

Outre le bénéfice physiologique attendu pour le patient, la RAAC a pour corollaire de permettre un raccourcissement conséquent du séjour hospitalier et une baisse des coûts de personnel paramédical. En 2017, les études internationales rapportaient une réduction de la durée de séjour allant d'un à quatre jours, qui s'est encore réduite depuis. À titre d'exemple, une chirurgie pour pose de prothèse de hanche, qui nécessitait dans les années 2000 une durée d'hospitalisation de deux semaines (hôpital puis centre de rééducation) est aujourd'hui réalisée par certains établissements hospitaliers en deux jours, voire dans la journée. La première pose de prothèse totale de hanche en ambulatoire en France remonte à 2015. La RAAC, innovation médicale déjà ancienne⁵, a connu en France un soudain essor, faisant l'objet en peu de temps d'un rapport de l'HAS, puis de nombreux « groupes projets » menés par des agences régionales de santé (ARS) avec l'ambition de faire connaître et déployer ses principes dans l'ensemble du territoire⁶. En parallèle, un certain nombre d'établissements de soins ont également entamé des programmes d'implantation de la RAAC dans leur activité de chirurgie. Il est intéressant de constater que, parmi eux, les cliniques semblent particulièrement actives. Peu étudiées par les chercheurs, les cliniques privées à but lucratif méritent pourtant aujourd'hui qu'on leur prête une attention particulière. Certaines de ces cliniques ayant d'importantes capacités à se réformer rapidement (Faure et Dessertine, 2012), mues par des enjeux économiques forts, on peut y observer « en avant-première » les évolutions organisationnelles et leurs effets sur le travail des professionnels.

5. Initialement développé au Danemark, dans les années 1990, pour les interventions lourdes en chirurgie colorectale et digestive, le concept de récupération améliorée s'est étendu à de nombreuses autres spécialités, en particulier les chirurgies orthopédiques, urologiques et gynécologiques.

6. ARS Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Grand-Est, Auvergne-Rhône Alpes, Île-de-France, Pays de la Loire, etc.

Dans la clinique étudiée, la RAAC doit son implantation à des inquiétudes économiques. En effet, cette clinique, qui avait fait le pari de miser l'essentiel de son activité sur la chirurgie orthopédique programmée, a progressivement vu sa prospective mise en péril par la modification des tarifs d'activité (T2A) alloués aux séjours de chirurgie. Face à cette situation critique, la RAAC a été vue comme le moyen de diminuer autant que possible la durée du séjour du patient afin de dégager les meilleures marges entre les recettes liées à l'acte chirurgical et les dépenses de personnel inhérentes à tout séjour hospitalier. Cette décision ayant été prise par une assemblée constituée, entre autres, des médecins exerçant dans la clinique, son déploiement rapide a été encouragé et soutenu à tous les niveaux de l'organisation avec l'objectif d'une diminution rapide de la durée moyenne de séjour (DMS). Dès lors, un objectif prioritaire a été de faire en sorte que la plupart des patients rentrent à la clinique le jour de l'opération et en sortent le plus vite possible. Classiquement, une chirurgie « lourde » telle que la pose d'une prothèse totale de hanche, comportant une importante brèche chirurgicale, une anesthésie générale, une perte transitoire de mobilité, des dispositifs invasifs tels que des drains et des perfusions et une douleur intense en postopératoire, nécessite plusieurs jours d'hospitalisation, voire plusieurs semaines si on y inclut la phase de rééducation. Désormais, les innovations médicales sur lesquelles repose la RAAC permettent de raccourcir la phase aiguë à quelques jours. Ainsi, la DMS dans cette clinique est-elle passée de 4,1 jours en 2005 à 1,7 jour en 2020. Il reste néanmoins que le patient, même s'il n'a plus ni perfusion ni drain, est convalescent. Certains mouvements lui sont interdits, il marche avec deux béquilles et requiert encore des soins infirmiers et de kinésithérapie.

À partir de là, deux options sont possibles : puisque la prolongation du séjour hospitalier ne se justifie plus au regard des progrès liés à la réhabilitation précoce, le patient peut être transféré dans un centre de réadaptation ou bien rentrer chez lui avec des aides pour la vie quotidienne et l'intervention de soignants libéraux. Dans tous les cas, la recherche active d'une diminution de la DMS repose sur la sortie systématique de clinique de tous les patients dont l'état est jugé stable. Or, une sortie précoce est plus probable si le patient ne présente pas de facteurs de risques susceptibles de faire « dérailler » la trajectoire prévue. Selon Strauss *et al.* (1985), la trajectoire de maladie évolue en fonction des interventions des professionnels, lesquels adaptent leur ligne de travail aux besoins du patient qui, dans le cas des parcours de chirurgie complexes, exigent un niveau de « singularité totale » (Minvielle et Sicotte, 2018). Nos observations dans cette clinique montrent *a contrario* que la généralisation du programme RAAC à tous les patients peut amener les concepteurs du parcours à tenter d'en réduire au maximum la variabilité. Ainsi, les patients présentant des comorbidités, comme un risque de décompensation cardiaque ou une obésité, seront dissuadés de se faire opérer dans cet établissement, à l'argument que la clinique a fermé le service de soins intensifs susceptible d'accueillir ce type de patients en postopératoire. Or, certaines comorbidités recourent les inégalités de classe et de genre, comme l'obésité qui est plus fréquente parmi les femmes et les membres des classes populaires (Vandebroek, 2015). On peut donc considérer que les parcours RAAC pré-pensés dans cette

clinique reposent à la fois sur des formes de « standardisation par ligne de production », en référence aux modèles industriels, et sur des formes de tri des individus en fonction de leurs caractéristiques physiques, voire sociales. Ainsi, les patients candidats à la chirurgie prothétique de hanche sont-ils éligibles ou récusés selon leur état de santé général, puis fléchés vers la sortie à domicile ou vers le centre de réadaptation en fonction des ressources et des aptitudes dont ils font preuve lors des premiers entretiens avec les professionnels médicaux et paramédicaux. Ce sont, en effet, ces derniers qui décident si le patient peut rentrer dans le parcours le plus court (entrée J0 et sortie J0, J0 étant le terme indigène pour désigner le jour de l'intervention) ou s'il doit être aiguillé vers les autres parcours standard qui varient selon deux paramètres : le jour d'entrée (J-1 ou J0) et le lieu de sortie précoce (retour à domicile ou bien transfert vers un centre). L'orientation vers un centre de réadaptation est toutefois évitée au maximum, du fait de la tension sur les places dans ces établissements. En effet, si d'aventure la place réservée n'était pas libre, le séjour du patient à la clinique se trouverait prolongé et bloquerait l'entrée du patient suivant. En définitive, ces différents éléments convergent vers un objectif prioritaire, le retour à domicile, qui passe par des formes de tri des patients en amont.

Le travail profane dans le parcours RAAC

Le raccourcissement maximal de la durée de séjour repose, rappelons-le, sur une entrée la plus tardive et une sortie la plus précoce possibles. Les observations et entretiens, en milieu hospitalier et au domicile des patients, ont permis d'identifier que cela n'est rendu possible que par l'externalisation sur le patient d'une partie des activités qui avaient auparavant lieu pendant le séjour hospitalier. Il peut s'agir d'activités pré, per ou post-chirurgicales. Afin de pouvoir être admis le matin même de l'hospitalisation, prêt à être opéré, le patient doit ainsi réaliser à son domicile un travail préopératoire qui, auparavant, était effectué dans le service par les infirmières la veille de l'intervention, comprenant la toilette préopératoire, la « dépilation » de la zone à opérer et la mise en œuvre du jeûne préopératoire. Pour l'y aider, les infirmières RAAC donnent au patient plusieurs fiches qui détaillent les modes opératoires de ce qui lui est demandé, comportant par exemple des schémas de dépilation à effectuer en fonction de l'articulation à opérer ou encore la liste des « liquides clairs » autorisés lors du jeûne préopératoire. En peropératoire, c'est-à-dire pendant son séjour hospitalier, le patient se voit également déléguer le soin de faire sa toilette, ce qui est désormais rendu possible par l'absence de perfusions et de drains, ainsi que la prise de ses médicaments (avec l'aide de l'infirmière si nécessaire), afin de le préparer à le faire lui-même au domicile. Avant sa sortie, un kinésithérapeute lui montre comment monter et descendre les escaliers ainsi que les gestes et postures à éviter au domicile. Ces observations confortent la dimension collaborative du travail entre soignants et patients (Tourette-Turgis et Thievenaz, 2013) sans toutefois y retrouver la dimension professionnalisante qui se déploie dans un contexte de maladie chronique.

À propos du travail (*work*) du patient, Strauss *et al.* soulignent qu'il est « souvent perçu par le personnel soignant comme la manifestation d'une bonne coopération, d'un comportement moral responsable ou le fait d'un bon caractère », les patients étant, selon eux, une « catégorie de travailleurs qui n'est pas si facilement reconnaissable », exécutant un travail « invisible et non reconnu comme un travail » (Strauss *et al.*, 1982, p. 977).

Dès lors, le patient qui a prouvé sa capacité à l'autonomie et sa bonne volonté est considéré comme prêt à rentrer chez lui. Cependant, le plus gros du travail commence quand le patient convalescent arrive à son domicile. Dès son arrivée, la contribution de ses proches est requise, puisque de nombreux actes de la vie quotidienne lui sont désormais interdits ou s'avèrent impossibles à réaliser seul :

« On nous avait dit qu'il y avait des aspects pratiques auxquels il fallait penser, du type rehausseur pour les WC, l'interdiction de s'asseoir dans une voiture et de la conduire, des détails de ce type. Ça figurait quelque part, soit dans des consignes qui ont été distribuées avant, soit sous forme de feuilles dactylographiées. Mais ce qui n'était ni annoncé ni prévu, c'est que je ne serais pas capable de faire ma toilette seule. Dans mon cas, les choses se sont compliquées, du fait que j'ai eu une lombalgie et qu'après j'étais vraiment mal en point. » (Mme M., patiente, 75 ans, universitaire à la retraite.)

Même lorsque tout se passe au mieux, les mouvements proscrits empêchent le patient d'enfiler un sous-vêtement, de se baisser pour attraper un objet dans un meuble bas ou pour ramasser ses béquilles tombées au sol. « Il faut une présence, c'est une obligation, une présence bien active, même ! » (M. O., patient, 36 ans, technicien aéronautique, reprise d'une opération réalisée dans l'enfance). À cela s'ajoute la nécessité de trouver un chauffeur pour les déplacements chez la kinésithérapeute trois fois par semaine, pour les courses ou pour tout autre déplacement, puisque le patient ne peut pas conduire pendant trois semaines. Aussi l'entourage tient-il une place centrale en termes d'aide matérielle, mais aussi de soutien moral, entre autres pour faire face à la peur et au sentiment d'incapacité :

« Il fallait l'accompagner, que ce soit physiquement, mais aussi moralement. Je l'ai vu, il y a des fois où il était anxieux, il me disait : "Est-ce que je vais récupérer ?" » (Mme O., conjointe, 35 ans, cadre.)

Une femme des classes supérieures, relativement âgée, et un homme des classes moyennes, nettement plus jeune, témoignent donc tous deux de la perte relative de leur indépendance pour des gestes de la vie quotidienne, c'est-à-dire d'une dépendance accrue au travail domestique des proches, et en particulier de leur conjoint ou conjointe. Mme O. exprime qu'elle a ressenti n'avoir pas d'autre choix que de prendre une semaine de congés pour être présente au retour de son conjoint à domicile, chose qu'ils n'avaient pas anticipée en prévoyant l'opération.

Parmi les différentes formes de travail externalisées sur le patient, nous nous intéresserons d'abord au travail d'auto-soin (Hertzlich et Pierret, 1984), dans la mesure où sa délégation et sa réalisation ne relèvent pas d'une compétence « commune » et ne vont donc pas de soi pour la majorité des patients. En général,

le travail de soin incombe à des professionnels formés et, à ce titre, ne peut pas être confié au patient sans préalable. Dès lors, différentes options sont possibles pour externaliser ces tâches sur le patient : soit le former et l'entraîner jusqu'à ce qu'il soit autonome pour les exécuter, comme on l'observe dans l'éducation thérapeutique, soit simplifier suffisamment la tâche pour la mettre à la portée d'un novice. Ainsi en est-il de la préparation préopératoire, qui ne requiert plus ni l'usage de solution antiseptique, remplacée par du savon doux à usage domestique, ni une épilation technique réalisée par une infirmière, remplacée par une épilation que le patient peut exécuter lui-même avec une crème dépilatoire du commerce. Le protocole distribué sous forme de fiche prescriptive (« Les ongles doivent être courts et propres. Pas de maquillage, pas de vernis à ongles. Insister sur l'hygiène au niveau des plis ») est renforcé de nombreuses mises en garde orales de la part de l'infirmière RAAC :

« Pas de rasoir, hein ! Cela crée des microcoupures qui sont des portes d'entrée pour les germes. Ne laissez pas la crème trop longtemps non plus, sinon votre peau sera brûlée et on ne pourra pas vous opérer. »

Ces observations confirment notre hypothèse d'une délégation de tâches soignantes au patient, l'infirmière restant partie prenante, même indirectement, du résultat. De la même façon, la disparition des médicaments injectables, remplacés par des formes à prise orale, fait également disparaître le geste technique professionnel mais pas les risques de l'automédication (Fainzang, 2012). Les patients sont supposés gérer eux-mêmes, en postopératoire, des médicaments antalgiques de différents paliers et des anticoagulants, en s'aidant d'un mémo qui leur a été remis avant leur sortie, mais nombre d'entre eux se heurtent à la réalisation de cette activité qu'ils jugent compliquée : peur d'utiliser de la morphine, douleur mal calmée, mésusage ou encore effets secondaires qu'ils ne savent pas gérer (état second, constipation, vomissements, etc.). Enfin, le patient réalise un travail pour interpréter les symptômes fréquents en postopératoire (douleur, engourdissement, hématome, fièvre, etc.), dont la prise en charge relève en milieu hospitalier des activités « cœur de métier »⁷ de l'infirmière, comme le souligne l'épouse d'un patient en postopératoire :

« Le problème, c'est que c'est un métier, infirmière. Donc c'est compliqué de gérer, s'il y a un problème, pour quelqu'un comme moi qui ne connais pas du tout la partie médicale. » (Mme J., 60 ans, enseignante.)

Lorsque l'on considère l'ensemble de ces activités, mais aussi le contexte et les circonstances de leur réalisation, on y retrouve les quatre dimensions du *care* (Tronto, 2009) : le souci des autres, la prise en charge, le prendre soin et, enfin, la façon de recevoir le soin de la part du patient.

7. « L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé », annexe I du diplôme d'État d'infirmier.

En référence à « la participation des patients à leurs propres soins, conçue comme un travail » (Strauss *et al.*, 1982, p. 977), nous retenons donc que les patients entrant dans un programme RAAC doivent réaliser, avec l'aide de leurs proches, un travail de *care*, qui englobe un « travail sanitaire profane » (Cresson, 1991), auquel viennent s'ajouter un « travail sur les sentiments » (Strauss *et al.*, 1982) ainsi qu'un « travail d'organisation » (Dujarier, 2014) destiné à coordonner les activités du patient, de ses proches et des acteurs professionnels entre eux. Il peut s'agir d'accompagner le patient chez le kinésithérapeute, de combiner les horaires des libéraux, de transmettre un compte rendu d'un professionnel à un autre, d'informer l'infirmière de la clinique de ce que l'infirmière libérale pense de l'état de la cicatrice, de transmettre en retour une réponse concernant les fils « résorbables ou non » (échanges par courriel entre l'infirmière RAAC et une patiente), etc. Dans l'intervalle entre la première consultation et l'intervention chirurgicale, le patient devra organiser minutieusement les différentes lignes de travail des personnes qui lui viendront en aide en postopératoire et aménager son domicile en vue de la sortie. L'enjeu est de taille, puisqu'à défaut de pouvoir trouver cette aide, le patient devra aller dans un centre.

Un travail de care socialement différencié

Pour les patients vivant en couple, l'aide se trouve souvent auprès de leur conjoint, même si cette apparente évidence recouvre des réalités assez hétérogènes. Étant donné la moyenne d'âge des patients opérés pour prothèse totale de hanche (72 ans en moyenne en clinique, 75 ans dans le public [Malléjac et Or, 2019]), les conjoints ne sont pas toujours mobilisables, étant eux-mêmes parfois malades ou handicapés, voire ne sont tout simplement pas désireux d'apporter l'aide requise. Les femmes qui se font opérer, lorsqu'elles vivent en couple, ont statistiquement plus de risque d'avoir un conjoint plus âgé qu'elles et lui-même malade (Hunt et Macintyre, 2000), ce qui vient complexifier leur propre trajectoire de maladie.

« À nous deux [son mari et elle-même], ça fait quatre béquilles, donc impossible de suspendre une lessive ou de monter les escaliers avec un panier à linge. »
(Mme M., patiente, 75 ans, universitaire à la retraite.)

La répartition habituelle des tâches au sein du couple semble déterminante dans la décision prise par les patientes de rentrer à domicile ou d'aller en centre. Ainsi, les femmes qui assument au quotidien toutes les activités domestiques ont-elles tendance à prévoir d'aller en centre de réadaptation après leur opération, en particulier en l'absence d'aide féminine à proximité. Si l'on observe plus de symétrie dans les couples des classes moyennes et supérieures, dans lesquels les conjoints masculins semblent plus faciles à enrôler dans les tâches domestiques, trouver cette aide pour les patients vivant seuls ou ne pouvant pas compter sur l'aide de leur conjoint suppose d'en appeler à leurs enfants, frères et sœurs, amis ou à des aides à domicile salariées. Certains patients postulent sans hésitation

qu'ils pourront mobiliser des proches, même éloignés géographiquement. Pour d'autres, la sollicitation apparaît plus problématique, non sans rapport avec la classe sociale et le genre des aidants. Ainsi, ce patient de 75 ans cherche-t-il à dissuader l'infirmière RAAC de le renvoyer chez lui : « Et puis mon fils, avec ses responsabilités, il ne pourra pas s'absenter de son travail tout ce temps » (M. D., 75 ans, cadre retraité de la fonction publique). À l'inverse, cette patiente (Mme A., 76 ans, ancienne ouvrière) doit trouver un centre à la dernière minute car son fils adulte, avec lequel elle vit, lui a appris tardivement qu'il partirait finalement en voyage professionnel au moment de son opération. Le nombre d'entretiens réalisés avec des patients ne permet pas d'établir une corrélation statistique, néanmoins la distribution socialement différenciée (de genre et de classe sociale) du travail de *care* est confirmée par de nombreuses observations et témoignages. Elle semble plus nette à mesure que l'on s'éloigne du couple constitué des patients et de leurs conjoints, par exemple quand le retour à domicile implique de faire appel aux enfants. Plus on s'éloigne du couple nucléaire, plus on constate l'émergence d'interventions socialement différenciées. Nos observations, confirmées par les infirmières coordinatrices, montrent que les patients de classes populaires semblent bénéficier d'une mobilisation des jeunes adultes (enfants, neveux et nièces) proches géographiquement, de type « familiariste » (Schwartz, 2002), ces derniers s'éloignant moins du lieu d'habitation de leurs parents, lors de l'entrée dans la vie active, que dans les milieux plus favorisés (Mortain et Vignal, 2013). Concernant la répartition genrée du travail de *care*, elle est plus nette lorsque le patient reste chez lui et mobilise de la famille proche géographiquement. On constate alors que les déplacements en voiture sont généralement pris en charge par les fils et gendres, alors que les tâches ménagères et la préparation des repas incombent aux filles et belles-filles. Dans les classes moyennes et supérieures, on trouve assez fréquemment deux autres dispositifs familiaux d'aide. Le premier consiste en la situation où un enfant du patient opéré se déplace le temps de la convalescence chez son parent. Dans ce cas, c'est lui qui va assumer l'ensemble des activités que le convalescent ne peut pas réaliser, cette option semblant facilitée par le fait de pouvoir plus facilement poser des congés et télétravailler lorsque l'on appartient aux catégories socioprofessionnelles supérieures (DARES, 2019). Le second dispositif renvoie à la situation où le patient âgé, accompagné de son conjoint le cas échéant, est ponctuellement pris en charge par l'un de ses enfants pour tout le parcours : c'est le fils ou la fille qui a trouvé le chirurgien, qui organise la consultation et souvent y participe, puis prend son ou ses parents chez lui, à proximité de la clinique, le temps de la convalescence. Dans ce cas, les aidants avancent une double justification : permettre à leur parent d'accéder aux services des chirurgiens renommés de la clinique, située dans une métropole où eux-mêmes habitent, et concilier activité professionnelle et travail de *care* auprès de leur parent convalescent.

En définitive, le retour à domicile postopératoire permet une récupération améliorée grâce à un meilleur confort ainsi qu'au soutien matériel et moral apporté par l'entourage proche du patient. Toutefois, cela se fait au prix d'un travail profane de *care*, majoritairement féminin (Cresson, 2001), qui concerne des activités

de soin comportant une dimension technique mais aussi psychique, ainsi que des tâches d'organisation. Ce phénomène a été observé dans d'autres pays, où les « politiques de non-institutionnalisation » ont conduit à l'externalisation sur la sphère domestique et sur les femmes la prise en charge de la maladie (Saillant et Bouliane, 2003). L'autre face de l'externalisation sur le patient est qu'elle tend à renvoyer sur la sphère domestique à la fois le travail et une part non négligeable de responsabilité.

Quand la productivité organisée des patients façonne la division du travail infirmier

La mise au travail du patient, une nouvelle fonction pour l'infirmière RAAC

L'infirmière RAAC est un maillon central du programme, aussi bien dans ses dimensions organisationnelles que cliniques. En effet, ses compétences lui permettent de guider le patient dans le travail que l'on attend de lui et de contrôler la façon dont il le réalise. La prescription et le contrôle du travail du patient sont organisés tout au long du parcours : lors de la consultation infirmière en amont de la chirurgie, puis à l'occasion de plusieurs appels téléphoniques et/ou de courriels, avant et après la chirurgie. Ainsi, l'appel téléphonique de la veille est-il destiné à vérifier que le patient a bien réalisé la préparation préopératoire, récupéré les résultats des bilans sanguins requis et qu'il a mis en place l'organisation matérielle et humaine pour son retour à domicile. La délégation d'organisation entre l'infirmière RAAC et le patient repose tout à la fois sur une forte incitation morale à l'émancipation et sur le sous-entendu de la mobilisation des proches. Bien que ne réalisant plus de soin, l'infirmière RAAC doit connaître en détail l'ensemble de la prise en charge, puisque c'est elle qui a la responsabilité d'articuler une trajectoire conforme à l'arc de travail fixé par le chirurgien (Strauss *et al.*, 1985), lequel comporte une ou plusieurs lignes de travail pour le patient et pour ses proches. On peut donc considérer que la fonction de cette infirmière RAAC est de mettre les patients au travail, que ce soit en termes biographiques (« Vous n'êtes pas malade, vous venez juste vous faire opérer » [infirmière RAAC, entretien préopératoire]), dans un travail d'organisation et/ou dans un travail d'auto-soin. L'infirmière RAAC produit, dans l'interaction avec chaque candidat à la chirurgie, une forme de diagnostic de la situation psychologique et sociale du patient, orientant ce dernier vers un parcours ou un autre en fonction des ressources qui semblent mobilisables. En référence à la « délégation du travail d'organisation » (Dujarier, 2017), nous avons pu observer que des formes de contractualisation, d'incitation morale et de valorisation de la compétence lient bien l'infirmière RAAC et les patients.

Cette délégation du travail d'organisation repose tout d'abord sur une contractualisation implicite de la participation du patient, soit une autre façon

de « travailler pour consommer » (Dujarier, 2014). Concernant la question de la responsabilité, s'il n'y a pas d'ambiguïté sur celle du chirurgien dans l'acte opératoire lui-même, un flou est en revanche entretenu concernant la récupération après chirurgie : « Le chirurgien n'est pas le seul responsable de la réussite de l'intervention. Votre façon de vous impliquer et votre comportement y contribuent également » (entretien préopératoire entre une infirmière RAAC et un patient). Bien que l'infirmière RAAC soit chargée de rassurer le patient quant à sa capacité à assumer cette responsabilité, elle reste d'une certaine façon garante de la sécurité clinique postopératoire. En effet, son jugement sur la capacité du patient à activer ses ressources à bon escient l'engage professionnellement, voire moralement, en cas d'aléas. En demandant au patient un engagement sur le résultat, la délégation du travail d'organisation lui enjoint de trouver les moyens pour y parvenir : « D'emblée, on leur dit : "Vous faites partie de la boucle, vous êtes l'élément essentiel de votre récupération." » (infirmière RAAC). Pour le patient, réaliser ce travail d'organisation, c'est trouver des solutions aux contradictions qui sont reportées sur lui (Dujarier, 2014). Ces contradictions reposent sur les non-dits du programme RAAC : « ne pas être malade », mais pour autant être momentanément incapable de s'occuper de soi ; se surveiller en postopératoire, alors que l'on n'est pas compétent pour cela ; organiser la mobilisation des tiers profanes et professionnels à domicile, afin de produire le travail que la clinique a décidé d'externaliser ; à défaut, aller en soins de suite et de réadaptation (SSR) alors que l'on s'entend dire que « ce n'est pas la panacée » (infirmière RAAC). Alors que certains patients sont ravis de pouvoir sortir rapidement de la clinique afin de pouvoir reprendre au plus vite une vie normale et une activité professionnelle, d'autres craignent de ne pas y arriver, révélant la perception subjective de l'état de leur réseau de soutien (Tousignant, 1992 ; Defossez, 2014), comme l'illustre cet échange entre l'infirmière RAAC et une patiente :

« Infirmière RAAC : Alors, vous entrez à la clinique la veille de l'intervention. Et à la sortie, je vois que le chirurgien a noté "retour à domicile".

Mme R. : Alors ça, c'est mon gros problème. J'aurais voulu aller en centre, mais mon mari ne peut pas rester seul. Je pensais faire venir des amis pendant quelques jours, mais ça va être trop lourd, il y a trop de choses à faire.

[Air interrogatif de l'infirmière.]

Mme R. : Mon mari est aveugle, il a de gros problèmes de santé, il a besoin d'oxygène.

Infirmière : Et une hospitalisation conjointe en SSR, cela ne vous conviendrait pas ?

Mme R. : Ah oui, je ne savais pas que c'était possible !

Infirmière : Euh... J'appelle ma collègue qui s'occupe de ça, pour vérifier. *[Elle raccroche avec sa collègue et dit :]* Alors, tous les centres ne le font pas, mais c'est possible. Par contre, votre médecin traitant devra faire la demande pour votre mari.

Mme R. : Et c'est sûr qu'on aura les places ensemble ?

Infirmière : Euhhh.

Mme R. : Bon, je vais plutôt voir si je ne peux pas rentrer à la maison, quand même. Et pendant que je serai à la clinique, je vais voir si je ne peux pas faire venir une aide à domicile, j'avais déjà fait la demande d'allocation personnalisée d'autonomie, parce que ces derniers temps, j'avais de plus en plus de problèmes à tout faire, avec ma hanche.

Infirmière : Attention, si vous rentrez à la maison, vous aurez besoin d'aide, vous aussi, pour votre toilette, pendant quelques jours vous ne pourrez sans doute pas vous doucher seule, mettre les bas de contention.

Mme R. : Je vais appeler les infirmières qui viennent pour mon mari, voir si elles peuvent s'occuper de moi aussi.

Infirmière : Et pour aller chez le kiné, vous pensez faire comment ?

Mme R. : pfff ! [*soupir découragé*]. »

Ces échanges soulignent que le travail de l'infirmière RAAC est moins de la coordination, au sens d'un travail d'articulation des lignes de travail, qu'un travail de management des émotions et du travail du patient. Les observations menées dans cette clinique montrent comment la mise au travail des patients par les infirmières RAAC constitue un prescrit implicite mais non moins incontournable. Cependant, cela suppose que les patients possèdent différentes formes activables de capital et de ressources. À ce titre, on peut considérer que le raccourcissement des parcours, qui résulte de l'organisation de la RAAC dans cette clinique, est potentiellement générateur d'inégalités de classe et de genre en matière de santé.

La déprofessionnalisation du travail de care et ses effets sur le travail des infirmières de chirurgie

En miroir des activités de *care* et d'organisation produites par le patient et ses proches, l'observation du travail des infirmières du service de chirurgie montre la disparition de ces mêmes activités et un recentrage sur les tâches techniques et de contrôle du travail du patient. En préopératoire, toute la préparation ayant été déléguée au patient, le travail de l'infirmière consiste désormais à contrôler qu'il l'a correctement réalisée. L'accueil et l'entretien préopératoires ont lieu dans une salle d'attente commune aux patients entrants et sortants. De ce fait, les infirmières du service de chirurgie ont tendance à écourter les échanges avec chacun d'entre eux, abandonnant en général les aspects relationnels au profit des aspects sécuritaires (contrôle de l'hygiène corporelle, contrôle des pièces réglementaires du dossier, contrôle du jeûne postopératoire). Au retour du bloc opératoire, du fait de la quasi-disparition des dispositifs invasifs (drains, perfusions) et de l'autoadministration des médicaments, le travail technique des infirmières se concentre sur les surveillances postopératoires, qui restent une activité primordiale en termes de sécurité du patient et sur le premier lever, un moment sensible car il présente un fort risque de perte d'équilibre ou de conscience et donc de chute. Le reste de leur activité se partage entre la gestion des flux de départs et de retours. Ces analyses rejoignent celles des études produites en sciences infirmières sur l'évolution du

travail depuis la mise en place de la RAAC, qui montrent une augmentation des contraintes administratives nouvelles avec l'entrée à J0 (gestion de protocoles) et un rythme accéléré des flux (Berthelsen et Frederiksen, 2017). Un des chirurgiens promoteurs de la RAAC en France avance que :

« Un infirmier qui n'a plus à s'occuper de déboucher des drains, manipuler une sonde gastrique, changer les poches de perfusion, etc., voit obligatoirement sa quantité de travail diminuer. En fait, avec la RAAC, le rôle de l'infirmier évolue avec moins de soins techniques et une place plus importante à l'éducation thérapeutique et au contact humain avec les patients. » (Slim, 2018.)

Toutefois, cette description omet de dire qu'il y a désormais non plus une, mais trois infirmières aux fonctions différentes pour réaliser ce travail. La partie éducative, que nous qualifions plutôt de « management du patient » est l'apanage de l'infirmière RAAC, qui ne croise que rarement les infirmières du service puisqu'elle exerce ses fonctions dans le secteur où les chirurgiens et les anesthésistes consultent. Son activité se concentre sur les phases amont et aval de l'hospitalisation. À l'autre bout de l'arc de travail, l'infirmière du service de chirurgie subit une augmentation des cadences, conséquence de la diminution de la durée des séjours ainsi qu'une pression sur les sorties pour permettre les entrées. Parmi les exemples d'augmentation de cadences liées au raccourcissement du séjour des patients, on peut citer les pansements : tout patient ne peut sortir qu'après un contrôle de la cicatrice, car la première intervention de l'infirmière libérale n'est prévue que cinq jours plus tard au domicile. Aussi, les infirmières du service de chirurgie refont-elles chaque pansement avant la sortie du patient, ce qu'elles formulent de la façon suivante : « Un patient qui reste trois jours, c'est un pansement à faire. Trois patients qui restent un jour, c'est trois pansements à refaire. » Mais cette nouvelle division du travail des infirmières, couplée à la désynchronisation de leurs interventions, a créé une rupture de continuité des activités et une perte d'informations entre l'infirmière RAAC et l'infirmière du service de chirurgie. C'est pourquoi une nouvelle fonction d'infirmière détachée au contrôle des dossiers en préopératoire a-t-elle dû être créée. Malgré cela, le contenu du travail de soin se trouve appauvri par cette segmentation du travail infirmier (Acker, 2010) qui entraîne une perte de vision globale du patient. Bien que les infirmières se réjouissent que les patients soient « mieux préparés, moins anxieux, qu'ils se posent moins de questions », elles regrettent « une prise en charge moins personnalisée, parce qu'on n'a pas le temps de les connaître qu'ils sont déjà sortis » (infirmière du service). Même si le travail que le patient réalise lui-même est de nature à alléger, dans une certaine mesure, la charge physique pour les infirmières, il contribue également à vider le travail soignant de sa cohérence professionnelle, le privant des corps à corps soignants/soignés (Véga, 1997) mais également du travail d'évaluation somatique, psychologique et sociale à l'origine des actes professionnels infirmiers. Ainsi, l'infirmière du service de chirurgie se trouve désormais dans une fonction de contrôle du travail du patient et dans une gestion de flux, sa compétence lui permettant toujours, le cas échéant, de rattraper des aléas de trajectoire et de garantir ainsi la sécurité du patient.

Au bout du compte, alors que ce programme est censé renforcer les dimensions éducative et relationnelle du travail infirmier, la mise en œuvre de la RAAC telle que nous l'avons observée dans cette clinique produit une segmentation entre les différents postes infirmiers, à l'origine de formes d'intensification et de standardisation qui appauvrissent le contenu du travail.

De la figure du patient acteur à la productivité des acteurs profanes

Il est à noter que l'accroissement de l'« autonomie » du patient, observé au niveau individuel, ne semble pas nécessairement contribuer à son émancipation en tant qu'usager. En effet, le caractère individualisant et fortement prescriptif de sa mise au travail, en assujettissant les patients à une norme d'autonomie portée par les professionnels (Ménolet, 2015), ne produit ni collectif ni communauté entre patients. Nos observations inciteraient même à admettre une forme de retournement de l'autonomie : alors qu'elle constitue une revendication de plus en plus reconnue, tant par la loi⁸ que par les professionnels (Carricaburu et Ménolet, 2004), l'autonomie portée au statut d'obligation devient un levier organisationnel destiné à rendre le patient productif. Dès lors, nous pouvons affirmer, à la suite de Lhuillier (2016), que « le contrat de travail n'est pas la frontière qui borne le travail du non-travail » mais que d'autres formes de contractualisation peuvent engendrer une activité qui s'apparente bien à un travail. Ainsi, la « gratuitisation » (Simonet, 2018) du travail profane entre-t-elle dans les logiques d'« économicisation » qui président aux réformes des hôpitaux (Pierru, 2012). Comme nous l'avons montré, en prenant en charge un certain nombre d'activités originellement dévolues aux soignants, le patient augmente les capacités de ces derniers à produire « des trucs qui rapportent » (Juven, 2018). La notion de travail, admise depuis Strauss pour qualifier la contribution des patients, change donc de statut pour devenir un travail productif au sens propre (Bidet et Vatin, 2016). À la suite de Tiffon (2013), nous admettons que la contribution des patients actionnée par les professionnels doit être considérée comme une mise au travail dès lors qu'il y a création de valeur pour l'entreprise. Or, les observations développées antérieurement décrivent un mode d'organisation qui combine « process à valeur ajoutée » et « création de valeur à faible coût » par la mutualisation des savoirs et des savoir-faire entre patients et soignants, caractéristique des *business models* sanitaires inspirés de l'industrie (Claveranne *et al.*, 2013). Mettant à profit l'amélioration des suites opératoires produite par la RAAC, la clinique parvient donc à résoudre son problème de performance lié à la baisse des tarifs de T2A en déployant une nouvelle division du travail entre producteurs de soins profanes et professionnels.

La mise au travail des patients visant à raccourcir leur séjour, et en conséquence à améliorer la productivité globale de la clinique, si elle est implicite, n'en est pas pour autant impensée. Au contraire, elle est constituante de l'équation économique construite dans cette clinique autour de la RAAC, destinée à générer des

8. Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

gains de productivité par l'externalisation et la gratuitisation de certaines activités déléguées aux patients et à leur entourage. Toutefois, comme nous l'avons observé, les gains de productivité attendus par le raccourcissement du parcours hospitalier ne sont possibles qu'avec un certain type de patients, ce qui peut amener les établissements à « recruter une clientèle susceptible d'épouser les formes et carrières thérapeutiques qu'ils ont conçues à son endroit » (Bergeron et Castel, 2010). Le patient idéal pour la RAAC n'a pas ou a peu de comorbidité, n'est pas obèse, comprend et applique les consignes, planifie un programme de récupération avec plusieurs professionnels, vit avec un conjoint disponible ou – mieux – une conjointe. Ainsi, la RAAC semble donc avant tout adaptée aux hommes des classes moyennes et supérieures, ce qui confirme que « les formes efficaces du travail du patient ne sont pas neutres socialement » (Darmon, 2021).

Conclusion

La RAAC, grâce aux bénéfices physiologiques qu'elle procure aux patients, permet d'envisager une sortie précoce de l'établissement hospitalier vers le domicile, dans la logique du virage ambulatoire. Toutefois, l'innovation organisationnelle développée par certains établissements pour raccourcir au maximum le séjour hospitalier impacte la relation de soin à un double titre. D'une part, elle positionne le patient et son entourage comme des acteurs productifs avant, pendant et après le séjour hospitalier, produisant des inégalités de classe et de genre. L'externalisation et la délégation implicite de différentes formes de travail au patient et à ses proches confrontent les individus candidats à la pose d'une prothèse de hanche à leur propre capacité à mobiliser leur soutien social afin de les assister lors de leur retour à domicile. D'autre part, cette nouvelle organisation entraîne des modifications profondes du travail infirmier, réorganisé autour et en fonction de la mise au travail du patient et de son entourage, ce qui a pour conséquence de le segmenter, de l'intensifier mais aussi de l'appauvrir. En définitive, cela revient à évacuer la fonction sociale de l'hôpital en limitant le séjour hospitalier aux actes techniques.

En outre, la généralisation de la chirurgie lourde en ambulatoire implique des formes de tri des patients en amont du parcours. Dès lors, l'analyse de la RAAC, en tant qu'illustration du virage ambulatoire, amène à poser la question de la production de normes à partir d'un « échantillonnage factice » (Cauvin-Renault, 2020). En effet, les innovations organisationnelles que l'on peut observer dans certaines cliniques semblent inspirer l'action publique dans ses ambitions réformatrices : à travers les expérimentations et les formes de *benchmarking*, les normes instaurées dans les établissements qui se proposent ou qui sont choisis comme pilotes sont ensuite amenées à s'imposer au plus grand nombre. Or, les cliniques, qui n'ont pas à assumer de mission de service public, peuvent sélectionner des patients sans risques et susceptibles d'être mis au travail, faire des économies sur les effectifs soignants et obtenir ainsi de très bons scores aux indicateurs pris

en compte dans le dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité⁹ (IFAQ). Cependant, il n'est pas certain que les établissements publics ou à vocation philanthropique, chargés d'accueillir les patients présentant des situations médicales ou sociales plus complexes, aient la capacité d'atteindre les normes incubées dans des cliniques à but lucratif. Ce type de comparaison, prisé par les agences publiques, amène les hôpitaux et plus généralement les services publics à faire face à la « tension critique » (Boltanski et Thévenot, 1991) générée par la difficulté d'articuler l'universalisme avec les logiques comptables portées par les réformes.

9. Conçue dans le cadre des mesures visant à moderniser le financement des établissements de santé, l'IFAQ concerne l'ensemble des hôpitaux et cliniques de médecine, chirurgie et obstétrique. Il vise à introduire, dans le financement des établissements, une part variable liée à des indicateurs qualité suivants : qualité des prises en charge perçue par les patients, qualité des prises en charge cliniques, qualité des pratiques dans la prévention des infections associées aux soins, qualité de la coordination des prises en charge, performance de l'organisation des soins, qualité de vie au travail, certification.

Références bibliographiques

- Acker F. (2010)**, « Infirmières : des pratiques en redéfinition », in Halpern C. (dir.), *La Santé*, éditions Sciences humaines, coll. « Synthèse », p. 95-100.
- Bergeron H., Castel P. (2010)**, « Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins », *Sociologie du travail*, vol. 52, n° 4, octobre-décembre, p. 441-460.
- Berthelsen C. B., Frederiksen K. (2017)**, « Orchestrating care through the fast-track perspective : A qualitative content analysis of the provision of individualised nursing care in orthopaedic fast-track programmes », *International Journal of Orthopaedic Trauma nursing*, p. 24-40.
- Bidet A., Vatin F. (2016)**, « Travailler c'est produire : activité, valeur et ordre social », in Dujarier M.-A., Gaudart C., Gillet A. et al., *L'activité en théories. Regards croisés sur le travail*, Toulouse, Octarès.
- Boltanski L., Thévenot L. (1991)**, *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, coll. « NRF Essais ».
- Carricaburu D., Ménoret M. (2004)**, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Malakoff, Armand Colin.
- Cauvin-Renault C. (2020)**, *Reconstruire l'hôpital. Concilier normes et relation de soin*, Toulouse, Érès.
- Claveranne J.-P., Pascal C., Mick S. (2013)**, « Editorial : l'innovation ou l'apocalypse », *Management et avenir santé*, n° 1, p. 11-15.
- Cresson G. (1991)**, « Le travail sanitaire profane dans la famille : analyse sociologique », thèse de doctorat en sociologie, sous la direction de Herzlich C., Paris, EHESS.
- Cresson G. (2001)**, « Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes », in Aïach P., Cèbe D., Cresson G. et al. (dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé, aspects sociologiques*, Rennes, EHESP.
- DARES (2019)**, « Quels sont les salariés concernés par le télétravail ? », *DARES Analyses*, n° 51.
- Darmon M. (2021)**, *Réparer les cerveaux. Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC*, Paris, La Découverte, coll. « Laboratoire des sciences sociales ».
- Defossez A. (2014)**, « Soutien social et réseau personnel au cœur de l'expérience du cancer », thèse de doctorat en sociologie, sous la direction de Bes M.-P. et Bastide R., université Toulouse 2.
- Dujarier M.-A. (2014)**, *Le travail du consommateur. De McDo à eBay : comment nous coproduisons ce que nous achetons*, Paris, La Découverte.
- Dujarier M.-A. (2016)**, « Apports d'une sociologie de l'activité pour comprendre le travail », in Dujarier M.-A., Gaudart C., Gillet A. et al., *L'activité en théories. Regards croisés sur le travail*, Toulouse, Octarès.
- Dujarier M.-A. (2017)**, *L'idéal au travail*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Quadrige ».

- Fainzang S. (2012)**, *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*, Paris, Presses universitaires de France.
- Faure O., Dessertine D. (2012)**, *Les cliniques privées, deux siècles de succès*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Glaser B., Strauss A. (2010)**, *La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative*, Malakoff, Armand Colin, coll. « Individu et société ».
- HAS (2016)**, *Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) : état des lieux et perspectives*, rapport d'orientation, 22 juin, [en ligne] www.has-sante.fr/upload/docs/application/forcedownload/2016-09/rapport_orientation_raac.pdf (consulté le 12 octobre 2021).
- Hertzlich C., Pierret J. (1984)**, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot.
- Hunt K., Macintyre S. (2000)**, « Genre et inégalités sociales en santé », in Leclerc A., Fassin D., Grandjean H. et al. (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, coll. « Recherches », p. 363-375.
- Juven P.-A. (2018)**, « Des trucs qui rapportent. Enquête ethnographique autour du processus de capitalisation à l'hôpital public », *Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, vol. 16, p. 1-22.
- Lhuillier D. (2016)**, « L'activité, dans et au-delà du monde du travail », in Dujarier M.-A., Gaudart C., Gillet A. et al., *L'activité en théories. Regards croisés sur le travail*, Toulouse, Octarès.
- Malléjac N., Or Z. (2019)**, « Évaluation d'impact d'une nouvelle organisation en chirurgie orthopédique sur les parcours de soins », *IRDESS*, DT n° 79.
- Ménoret M. (2015)**, « La prescription d'autonomie en médecine », *Anthropologie et Santé*, n° 10, 27 mai, [en ligne] <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/1665> (consulté le 23 avril 2021).
- Minvielle E., Sicotte C. (2018)**, « La quête de rationalité : le cas de la standardisation de la prise en charge des malades », *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, n° 58, vol. XXIV, p. 69-90.
- Mortain B., Vignal C. (2013)**, « Processus de décohabitation en milieux populaires : le poids des rôles familiaux de substitution sur les parcours féminins », *Agora débats/jeunesses*, n° 63, p. 23-35.
- Pierru F. (2012)**, « Planifier la santé, une illusion technocratique ? », *Les Tribunes de la santé*, n° 37, p. 83-94.
- Saillant F., Bouliane M. (2003)**, *Transformations sociales, genre et santé*, Québec, Presses universitaires de Laval, Paris, L'Harmattan.
- Schwartz O. (2012)**, *Le monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord*, Paris, Presses universitaires de France.
- Simonet M. (2018)**, *Travail gratuit : la nouvelle exploitation ?*, Paris, Textuel, coll. « Petite Encyclopédie critique ».
- Slim K. (2018)**, *Réhabilitation améliorée après chirurgie. RAC : la comprendre et la mettre en œuvre*, Paris, Elsevier Masson.
- Strauss A., Fagerhaugh S., Suczek B. et al. (1982)**, « The work of hospitalized patients », *Social Science and Medicine*, vol. 16, p. 977-988.
- Strauss A., Fagerhaugh S., Suczek B. et al. (1985)**, *Social Organization of Medical Work*, Chicago, University of Chicago Press.
- Tiffon G. (2013)**, *La mise au travail des clients*, Paris, Economica, coll. « Études sociologiques ».

Tourette-Turgis C., Thievenaz J. (2013), « La reconnaissance du “travail” des malades : un enjeu pour le champ de l'éducation et de la formation », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, vol. 46, p. 69-87.

Tousignant M. (1992), *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*, Paris, Presses universitaires de France.

Tronto J. (2009), *Un monde vulnérable, pour une politique du care*, Paris, La Découverte, coll. « Philosophie pratique ».

Ughetto P. (2018), *Les nouvelles sociologies du travail. Introduction à la sociologie de l'activité*, Louvain-la Neuve, De Boeck supérieur, coll. « Ouvertures sociologiques ».

Vandebroeck D. (2015), « Distinctions charnelles. Obésité, corps de classe et violence symbolique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2015/3, n° 208, p. 14-39.

Véga A. (1997), « Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles », *Sciences sociales et santé*, vol. 15, n° 3, septembre, p. 103-132.