

INSCRIPTION, PRESCRIPTION, SANCTION : LES « ENTRE-FAIRE » D'UNE NORME DANS LE PROCESSUS D'INFORMATISATION DU DOSSIER DE SOIN

Axe1

Dans cette communication, nous proposons d'appréhender la norme non pas tant d'un point de vue institutionnel que du point de vue de l'action. Il s'agit alors de s'interroger sur les spécificités de la norme qui font d'elle une source de faire-faire (Latour, 1994, 2007) : ce sur quoi on agit mais qui en même temps nous fait agir. En suivant en cela Souriau (1956), Latour (2007 :10) argumente que le faire-faire « c'est le faire exister, c'est-à-dire la réplication, la redondance, le rebondissement de l'action par l'artiste (ou par le chercheur) et le recueil de l'œuvre (ou l'autonomie du fait) ». L'expression faire-faire souligne ainsi le caractère dialectique de l'action, redoublant les deux maîtrises, celle de l'œuvre et celle de ceux qui la mobilisent. Dans cet esprit, cette communication propose d'explorer les « entre-faire » de la norme afin d'y déceler ce qu'elle fait et ce qui en est fait.

La norme envisagée est celle qui est édictée en France par la Haute Autorité de Santé (HAS)⁵⁰ et qui sert désormais à la certification des établissements de soins. Elle s'est construite par l'intrication de textes réglementaires et la sédimentation de réformes successives. Sur le plan politico-économique, elle s'appuie d'une part sur les lois relatives au financement de la Sécurité Sociale, et d'autre part sur le programme de modernisation des établissements de santé initié par le Ministère de la santé. Le Plan Hôpital 2007 visait principalement à articuler le financement des établissements de santé publics et privés sur des justifications détaillées des actes effectués, en équilibrant l'allocation des ressources financières et en 'responsabilisant' les acteurs de santé, via la tarification à l'activité (T2A). Le plan 2012 prévoit quant à lui l'accélération de la mise en œuvre des Systèmes d'Information Hospitaliers (SIH) pour aller vers une informatisation croissante du processus de soins. C'est particulièrement cette manifestation de la norme – de reporting medico-légale – qui nous intéresse.

L'informatisation du champ de la santé constitue un processus socio-technico-politique qui malgré les proclamations des pouvoirs publics et certaines analyses disponibles n'est pas abouti (Jégou, 2005 ; Tine, 2008), constat renouvelé par la Cour des Comptes dans son rapport de 2012 :

« Les hôpitaux disposent généralement de systèmes d'information adaptés à leur gestion économique et financière et à la gestion des ressources humaines. Il en est de même pour l'activité de biologie ou pour la gestion administrative du patient (identification et mouvements), largement informatisées. Le dossier médical, en revanche, est encore faiblement pris en compte, de même qu'un certain nombre d'opérations liées aux soins (activité des blocs opératoires, prescription et suivi de la prise de médicaments) ». (Rapport de la Cour des Comptes, 2012, p.903)

Ce contexte se prête à un questionnement des modes d'action – ce que nous proposons de nommer les « entre-faire » – associés à la matérialisation de la norme et à ses usages (ou non usages). Parlant de 'la' norme, nous sommes bien conscientes que ce qui est en cause est constitué d'une pluralité de normes, d'une imbrication de normes qui peuvent entrer en conflit. Nous questionnons ici la norme comme une entité certes plurielle mais perçue comme faisant système par les personnels rencontrés, et que les instances publiques tentent d'ailleurs d'articuler continuellement en un tout cohérent⁵¹.

Afin d'aborder ces questions, nous proposons dans cette communication de 'suivre à la trace' (Jolivet et Vasquez, 2011) les formes de textualisation de la norme dans le processus d'informatisation du dossier patient. Pour ce faire nous mobilisons la notion d'inscription, développée à l'origine par les Science and Technology Studies et ensuite traduite dans les études sur les organisations (Akrich, 1992; Joerges & Czarniawska, 1998 ; Latour, 1993 ; Verbeek, 2006, Taylor & Van Every, 2000, 2011). La notion d'inscription nous permet, dans le cas étudié, de centrer l'analyse sur la mise-en-texte (ou plutôt ici la mise-en-outil) de la norme à travers la mise en place du dossier patient informatisé (DPI), révélant des enjeux de normalisation, de modalités d'écriture et de signature ; thématiques que nous développerons par la suite.

Dans ce qui suit, nous présentons d'abord le contexte de recherche et la méthodologie qui sous-tend cette investigation. Nous élaborons ensuite davantage la notion d'inscription et sa mise en application dans le cas étudié. Suivent les deux thématiques qui ont émergé de l'analyse et qui réfèrent (1) aux modalités dont l'outil informatisé vient équiper la norme et (2) aux modalités par lesquelles la norme ainsi équipée est mise en acte, et travaille la question de l'auteurité (Taylor, 2012). Pour conclure nous interrogeons la façon dont le produit de cette écriture collective en vient à former un texte sans auteur en quête de sens.

⁵⁰ La Haute Autorité de Santé « a été créée par la Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie afin de contribuer au maintien d'un système de santé solidaire et au renforcement de la qualité des soins, au bénéfice des patients » (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_452559/presentation-de-la-has). Autorité administrative indépendante, elle a pour mission de promouvoir les bonnes pratiques, d'améliorer la qualité des soins, de veiller à la qualité de l'information médicale diffusée, d'informer les professionnels de santé et le grand public et de développer la concertation et la collaboration avec les acteurs du système de santé en France et à l'étranger (ibid.).

⁵¹ Cf. Notamment la version Avril 2011 du Manuel de certification des établissements de santé de la Haute Autorité de Santé, qui travaille tout particulièrement les articulations entre politiques nationales, régionales, et des établissements, quitte à en dénier le caractère conflictuel.

LE DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ : CONTEXTE ET PROGRAMME DE RECHERCHE

En juin 2003, la HAS publiait déjà des recommandations pour l'amélioration de la qualité et du contenu du Dossier Patient Informatisé (DPI) tant au sujet du volet administratif que du volet médical. La HAS y définit ce qu'est le DPI, ce qu'il doit contenir et de quelle manière il doit être tenu. Il y est également fait référence au manuel d'accréditation des établissements de soins, en précisant notamment les responsabilités des différents intervenants dans la tenue du dossier⁵². Le DPI doit comporter un minimum de pièces, définies par la réglementation. Selon le Manuel de certification des établissements de santé (V2010, avril 2011, p.5), « Le dossier regroupe des informations pertinentes ; c'est un outil de réflexion et de synthèse médicale et paramédicale, en vue de la démarche préventive, diagnostique et thérapeutique. Les informations qu'il comporte favorisent la coordination de la prise en charge du patient au cours et à l'issue de son contact avec l'établissement de santé. ».

Sont recueillies et conservées dans le dossier du patient des informations administratives (destinées entre autre à la facturation des actes et par la suite à l'allocation des ressources), et des informations médicales et paramédicales (appartenant au cœur de métier de l'hôpital : le soin dans le cadre d'une prise en charge pluri-disciplinaire et pluri-professionnelle). Ces informations sont formalisées, actualisées et enregistrées dans le DPI, permettant ainsi d'assurer la traçabilité des actions.

Le programme de recherche en cours prend appui sur une étude de cas longitudinale (Hlady-Rispa, 2002 ; Giroux, 2003, Roux 2006) dans un établissement de soins. Il s'agit d'un établissement français, spécialisé en cancérologie. La multiplicité des pathologies cancéreuses et des pathologies secondaires associées qui peuvent se développer, l'évolution parfois rapide et aléatoire de l'état du patient, la présence forte des accompagnants, l'approche pluridisciplinaire des pathologies (RCP) et l'intervention de personnels paramédicaux au sein des services sont autant de spécificités de ce type d'établissement. L'étude a été initiée au cours de l'été 2008, soit six mois avant le déploiement du volet médical du DPI (dossier du patient informatisé).

Le matériau se compose de 15 entretiens semi-directifs auprès de membres de l'équipe projet, de cadres infirmiers et d'infirmiers, d'une étude du cahier des charges préalable, du manuel utilisateur, et d'observations dans quatre services (80 heures), ainsi que de réunions de comités de pilotage et de séances de formation au nouveau logiciel. Lors des observations, des photographies ont pu être prises, permettant de garder trace de la configuration de l'outil (photos d'écrans) et de l'outil dans son environnement. Une équipe de six chercheurs en sciences sociales a contribué à la collecte et à l'analyse avec des approches différenciées, permettant une analyse plurielle. Dans le cadre plus spécifique de cette communication, nous mobilisons deux entretiens dont un filmé, menés auprès de cadres de santé membres de l'équipe projet. Le premier entretien revient sur l'historique du projet au sein de l'établissement et sur les stratégies mises en place pour faire accepter l'outil aux soignants, notamment en jouant sur les cadres législatifs (août 2008). Le second entretien (juin 2011, filmé) rend compte de la composition des précédents dossiers patients sur support papier, des pratiques associées, et de certains éléments clé de leur transformation au fil de leur informatisation. Ces deux entretiens permettent de cadrer une première étape de l'implantation du DPI. À partir de ce découpage, nous nous sommes attachées à l'organisation narrative des discours et à leur « intertextualité » afin de faire émerger les contraintes et les oppositions. Nous avons ainsi dégagé les thématiques, récurrences et contradictions (Kaufmann, 2003) pour identifier les orientations retenues dans la mise en outil de la norme, et à partir de l'explicitation des pratiques lors des entretiens et des observations, nous avons travaillé à la catégorisation des situations identifiées (Becker, 2002).

INSCRIPTION, PRESCRIPTION, SANCTION

Notre point de départ repose sur l'affirmation de Joerges et Czarniawska (1998) selon laquelle «the worlds around us are carefully and completely inscribed... and that the majority of these inscriptions are author/iz/ed by organizations, not persons» (p. 364). Nous postulons que les processus d'inscription, c'est à dire de mise en écriture et autorisation sont des processus collectifs et institutionnels à travers lesquels les organisations (re-)créent des normes. La norme, tel qu'indiquée plus haut, est ici comprise dans sa dimension performative, et nous ajoutons, collective, qui renvoie aux pratiques de normalisation d'un collectif, que ce soit une organisation, un champ de pratique, une Société.

La notion d'inscription, qui nous permet de rendre compte de ces pratiques de normalisation, a été traduite de la littérature aux sciences sociales par l'ouvrage désormais incontournable de Latour et Woolgar « La vie de laboratoire » (1979/1986). Après une étude ethnographique dans un laboratoire de sciences, les auteurs ont observé que les scientifiques passaient « the greatest part of their day coding, marking, altering, correcting, reading and writing»(1986, p. 49). En se concentrant sur ces pratiques d'écriture, Latour et Woolgar ont été particulièrement inspiré par la narrativité. Dans cette approche, les dispositifs d'inscription multiples ont été étudiés à travers une lentille textuelle. Que ce soit le rapport du savant, l'article publié, ou le microscope de laboratoire, ces inscriptions sont considérées comme faisant partie de traductions successives d'un texte, le texte des pratiques de laboratoire.

Ce qui est intéressant à retenir de ce parallèle avec les récits est, en premier lieu, la relation du texte avec le monde. Dans la narrativité, la relation texte-monde est ambivalente. Le texte est censé refléter la réalité qu'il désigne, mais en même temps, en la reflétant, le

⁵² Ces recommandations s'appuient sur les textes législatifs (loi n° 2002-303 (04/03/2002), code de la santé publique article R. 710-2-2, décret n° 2002-637 (29/04/ 2002), décret n° 2003-462 (21/05/2003).

texte crée cette réalité (Bloomfield & Vurdubakis, 1997). Suivant cette même idée, Bloomfield et Vurdubakis soutiennent que le travail d'un texte suppose deux processus de traduction interreliés : (a) la reconstruction des personnes, des objets, et les événements "sur papier", ce qui signifie la création d'une réalité textuelle, et (b) un mouvement de "retour vers le monde" sous la forme d'une action située. De cette façon, les dispositifs textuels sont considérés comme à la fois inscrits et inscrivant les actions. Ces deux mouvements de mise-en-texte et mise-en-pratique de la norme articulent notre analyse.

En parlant, dans un premier temps, de l'inscription de la norme, nous désignons en l'occurrence ici la façon dont cette norme est mise-en-texte à travers l'informatisation du dossier patient. La norme ainsi inscrite devient objectivée, elle est dissociée des agents humains et non humains ayant contribué à sa mise en forme. Par cette décontextualisation elle acquiert une pertinence qui dépasse l'espace temps de sa configuration. Ainsi ce qui a été élaboré comme un dossier de soins informatisé, potentiellement susceptible de se revendiquer comme un logiciel standard, par une petite société de services informatiques dans un autre pays européen a été recruté et labellisé comme une réponse adéquate aux préconisations de la norme, puis implanté comme une façon d'équiper la norme et de lui donner une efficacité renouvelée.

Nous confrontons cet équipement de la norme à sa mise-en-pratique dans une triple logique de prescription, d'inscription/écriture et de sanction, ce à quoi nous nous référons comme les entre-faire de la norme. Cette notion, qui comme souligné en introduction renvoie au faire et au faire-faire est aussi une proposition qui vise l'entre deux, c'est à dire tout ce qui entoure le passage de l'un à l'autre. Nous proposons de déplier ce pli et de découvrir les entre-faire de la norme. Nous rejoignons en cela la piste ouverte par Souriau (1956) lorsqu'il relève que l'œuvre demande de l'action, donc que l'action est suggérée par l'objet... comme notre norme équipée projette l'action des soignants.

Nous avons donc retenu d'analyser notre matériau du point de vue de ce qu'est l'outil, en ce qu'il participe de l'inscription de la norme, et de ce qu'il fait, tant au plan du travail de prescription, du travail d'inscription/écriture collective dans l'outil avec l'outil, qu'au plan des sanctions. Le terme d'inscription est ainsi mobilisé dans deux registres distincts, registre conceptuel issu de la sociologie des sciences et des techniques, et registre des pratiques d'inscriptions. En suivant ce fil directeur, nous soutenons que les normes sont incarnées dans des personnes, des textes, et des technologies. Il s'agit dans l'observation de ce mouvement, de ces plis et déplis, d'identifier ce en quoi les acteurs sont agis par la norme en même temps qu'ils agissent sur son équipement.

L'articulation que nous avons identifiée entre inscription et prescription tient au double mouvement d'une norme équipée pour orienter l'action tout en requérant des écritures qui en rendent compte et rendent des comptes. Ces comptes sont établis au regard des critères spécifiés par la norme, tels qu'explicités notamment dans le Manuel de certification comme autant de PEP (pratiques exigibles prioritaires, cf. Manuel HAS p.7), PEP elles-mêmes dotés d'indicateurs, dont une part sont depuis 2011 « des indicateurs nationaux généralisés » par le Ministère chargé de la Santé et la HAS (p.8)).

Un dispositif de sanction est attaché à cette norme (ou méta-norme si on retient qu'il s'agit d'un système de normes imbriquées). Il concerne les professionnels de santé pris individuellement, qui doivent notamment pour les praticiens se soumettre aux démarches d'évaluation des pratiques professionnelles, ainsi que les établissements. Pour ces derniers, la dernière version du Manuel de Certification spécifie explicitement que cette dernière ne se veut plus seulement incitatrice, démarche apprenante, mais qu'il peut en découler « nécessairement des situations où la HAS sera appelée à prononcer des non-certifications d'établissements de santé » (ibid. p4). Les sanctions peuvent également être financières, et la potentialité même de leur survenue suscite une hausse continue des primes d'assurance, sachant que la loi du 4 mars 2002 a imposé aux professionnels et établissements de santé une assurance obligatoire au titre de leur responsabilité civile ou administrative. Insérés dans ce réseau de contraintes aux mailles de plus en plus fines, les établissements de santé s'équipent de façon accélérée de dossiers de soins informatisés, alors que ces projets d'informatisation étaient restés en attente pendant au moins deux décennies malgré les incitations répétées des politiques publiques. Les deux sections qui suivent développent l'analyse des 'entre-faire' de la norme dans son équipement et les pratiques qui en découlent (Hémont, 2011).

LA NORME MISE-EN-TEXTE DANS/PAR UN OUTIL

L'organisation des prescriptions et inscriptions est inscrite dans le logiciel au travers des identifiants et codes d'accès. Tout personnel pour se connecter doit se faire reconnaître par son nom, son code secret ; il lui est assigné un territoire autorisé d'actions, selon sa profession, et un service, auquel il est attaché.

Ces différents cadres attestent de la définition des territoires autorisés de l'écriture. Ils matérialisent la norme médico-légale de l'auctorialité, et articulent inscription et sanction. En effet, une notice, qui figure sur la page écran donnant accès à l'application, précise le point suivant : « Lorsque vous avez terminé les actions dans (nom du logiciel), il est important de fermer la session afin que la personne qui prendra le relais sur l'application soit connectée sous son nom et non sous le vôtre (traçabilité des actions) ». Cette notice rend compte de la possibilité d'une assignation/ d'imputation des actions par l'écrit à son auteur ; elle préfigure la sanction qui peut résulter du non respect des règles d'écriture ou des règles de pratique soignante.

Au plan de l'architexte (Jeanneret, 2009), le logiciel concerné prend une forme qui assigne une écriture normée par écran, avec une forte priorité accordée aux données dites structurées. Une telle structuration permet d'agréger les données en les décontextualisant, en les dissociant des patients dont elles sont issues pour les rassembler par natures d'opération ou dimensions de pilotage. Elle vise à assurer une valorisation plurielle des données ainsi recueillies, que ce soit pour la gestion (T2A et 'optimisation des moyens'), pour constituer les indicateurs de gestion qualité-risque, ou pour la recherche médicale.

Ainsi le logiciel prévoit-il un écran de saisie relatif aux données nécessaires au diagnostic infirmier, des écrans de saisie pour les mesures d'état du patient, ou un écran relatif à la planification des soins, qui sert également à tracer les actions au fur et à mesure de leur exécution.

Pour explorer plus avant la façon dont la norme est équipée par l'outil, les écrans relatifs à la planification des soins sont tout à fait éclairants. La norme équipée a un pouvoir accru en ce qu'elle impose le rapport au temps ; elle n'assigne pas seulement l'action à un auteur, mais à un temps prescrit. Si la 'ligne du temps présent' (ligne verticale rouge) dépasse un acte prescrit qui n'a pas été exécuté sur la ligne des actes prescrits (lignes horizontales noires), le losange correspondant passe de la couleur bleue à la couleur rouge, mettant ainsi en visibilité un manquement à l'exécution de la prescription. La consigne transmise aux infirmières est alors de signaler par une remarque le motif de cette non exécution, ce qui souligne en creux la sanction potentielle pour une obligation non respectée. Au fil de l'expérience, la possibilité d'un décalage temporel dans les inscriptions a été signifié par l'encadrement, de façon à limiter une source de tension perçue par les cadres infirmiers. Il n'en reste pas moins que la configuration même de l'architexte souligne l'exigence de conformité à la norme. Les losanges qui deviennent verts (si l'exécution du soin a été validé) ou rouge (sinon) une fois que la ligne du temps rouge les a dépassés renvoient aux codes couleur de l'autorisation/validation ou de la sanction.

La norme équipée ce faisant dit quelle est l'information importante, à savoir celle du cadre médico légal, pour lequel priment les soins techniques requis par les prescriptions des praticiens. Elle met ainsi de côté les soins autonomes, hors sanction ou de moindre importance, qui deviennent invisibles au sens propre dans l'application, dans la mesure où les infirmiers, mis sous la pression des différents travaux à mener - travail de soins, travail de traçabilité, travail visant à rendre compte et rendre des comptes-, privilégient la trace des soins techniques et renseignent fort peu la partie des soins autonomes. Ce faisant, la norme équipée établit un passage obligé, elle réquisitionne une attention orientée. Elle impose également une certaine conception du temps, un temps linéaire, univoque. Ce temps prescrit est mis en forme dans l'architexte de l'application à travers ces lignes horizontales, ces losanges colorés et cette verticale rouge du temps qui passe, forme d'inscription de l'autorité du médecin qui par la prescription a établi le rythme des soins. Ce temps doit être tracé, et le non respect de son tempo peut être sanctionné s'il n'est pas justifié.

En conclusion de ce premier point, il est possible de mieux cerner ce que l'outil fait pour la norme. La matérialisation de cette norme, son inscription dans le dossier informatisé, vient neutraliser son agir ; elle décontextualise son origine, brouillant les traces de l'auteur. Il ne s'agit plus de la norme de reporting médico-légal, ni du processus d'accréditation, il s'agit d'une entité présentée comme neutre – la technologie - qui assure le traitement adéquat de l'information et en bout de ligne le suivi du patient. La norme inscrite se détache de son auteur, et d'une certaine manière se rend invisible, masquée par le processus d'informatisation. L'inscription de la norme dans l'outil technique vient aussi délimiter les territoires d'intervention et prescrire les conditions de la traçabilité ; « qui fait quoi et comment » étant la prémisse qui le sous-tend. La norme inscrite prescrit l'agencement et les aires d'action, ainsi que les responsables. Ce faisant elle renforce une hiérarchie dans laquelle le médecin devient le premier auteur. Le praticien est celui qui pre-scrit : il écrit en premier, il écrit la trame de l'action. Il inscrit l'ordre de l'exécution et pose ainsi le cadre de ce qui pourra servir à l'évaluation de l'exécution et sa possible sanction.

L'inscription de la norme dans l'outil participe à conformer les activités aux 'bonnes pratiques' préconisées par les instances nationales publiques et professionnelles. Ainsi l'architexte du logiciel a-t-il pré-enregistré comme autant de menus prêts à l'emploi les prescriptions standards par types de cas telles que définies dans les protocoles de bonnes pratiques, précisant ainsi tant les médicaments à prescrire que leurs modalités d'administration. Le praticien peut s'en écarter s'il le juge utile, mais il devra pouvoir s'en justifier si nécessaire. Ce pré-formatage s'étend aux modalités d'administration et en cela entame sur une activité infirmière reconnue concernant la planification des soins. Le paramétrage de l'administration des médicaments a été établi en dialogue avec les équipes soignantes, qui ont ainsi contribué à conformer le cadre. Ainsi équipée, c'est désormais une prescription extrêmement détaillée qui est validée par le médecin, une prescription qui de fait pré-planifie les soins que les infirmiers doivent mettre en oeuvre. Ceci se traduit par un double formatage : celui de l'activité des médecins eux-mêmes, et celui du travail infirmier, ramené à un travail d'exécution dans la mesure où son expertise n'est plus requise pour 'lire' la prescription en l'interprétant.

En cela, l'association entre la norme et l'outil fait-faire, elle étend la prescription (i.e. avant l'écriture) à ce qui est de l'ordre du domaine de décision des praticiens, et présente l'action à mener aux infirmiers comme un pré-pensé, alors qu'ils devaient auparavant mener un travail d'analyse et d'interprétation. La norme ainsi équipée acquiert une neutralité renouvelée, en même temps qu'elle se constitue en boîte noire. Elle acquiert une rigidité renforcée, notamment en ce qu'elle intègre des protocoles qui vont jusqu'au pilotage des actions et prétendent organiser leur coordination. La norme équipée construit une médiation socio-technique (Verbeek, 2006) qui vient conforter certaines perspectives, en l'occurrence celles des actes prescrits selon les bonnes pratiques, qui facilite certains registres d'action, tout en minorant ou en entravant d'autres registres d'action : en l'occurrence, les soins autonomes et les écrits susceptibles de ne pas être conformes aux figures autorisées.

LES MODALITÉS D'ÉCRITURE, LA QUESTION DE LA SIGNATURE

L'informatisation est argumentée sur la base des recommandations de la HAS, qui, dans son manuel de certification, et par la voix des auditeurs qu'elle envoie dans les établissements, fait référence à un 'idéal' de saisie unique de l'information et de continuité des 'flux d'informations', dans une acception selon laquelle le 'tout informatisé' et le 'zéro papier' seraient la condition de félicité d'un

bon traitement de l'information (Harper & al., 1997 ; Sellen & al., 2001). La légitimation de l'informatisation prend ainsi appui sur la référence à une norme de reporting médico légal ; un argument associé concerne la possible judiciarisation de la relation de soins. La loi du 4 mars 2002 ayant renforcé le droit des patients d'accéder à leur dossier, le patient fait partie des figures invoquées pour légitimer le recours à un outil permettant d'attribuer chaque écrit à son auteur, pour être à même d'en rendre compte et de rendre des comptes.

Dans l'établissement étudié, l'informatisation est l'occasion de faire le tri, de dire ce que sont les 'bonnes pratiques', et de ramener chacun sur son territoire autorisé d'intervention. Les praticiens ont l'exclusivité des décisions médicales. L'informatisation est l'occasion pour l'équipe projet de préciser qui est autorisé à faire quoi sur les documents – qui en est l'auteur - et de finaliser le paramétrage des documents et leur mode d'accès en référence aux décrets et réglementations spécifiant les rôles des différents professionnels.

Le cadre normatif définit les territoires autorisés en même temps qu'il contraint les formes d'écriture, notamment en raison du possible accès au dossier tant par les patients que par les instances mobilisées lors d'éventuels recours.

« ...Avec l'évolution de la réglementation, les dossiers sont accessibles aux patients. Donc, ils doivent rester en terme de langage... avoir un langage professionnel sans jugement de valeur, sans connotation... je dirais... de quel bord que ce soit, donc c'est plus une... c'est un peu une standardisation du langage professionnel infirmier adapté bien sûr à notre spécialité » (entretien août 2008, p4-5/30).

Une large place a été attribuée aux menus déroulants, en argumentant sur la facilitation du travail censée en résulter. Mais ceci favorise également une expression pré-normée, tout en laissant ouvert des espaces de 'remarques' pour ce qui déborde du cadre.

« Elles ont, elles auront toujours la possibilité d'écrire toujours à un moment donné littéralement ce qu'elles veulent écrire. Mais tout ce qui est la partie... je dirais technique, le rôle propre d'un rôle prescrit (fait l'objet de menus déroulants) d'abord pour leur faciliter le travail quand même, d'éviter d'écrire parce que le clavier c'est pas aussi spontané, tous ne sont pas aussi à l'aise sur un clavier que d'autres » (ibid.).

Un élément structurant de la norme médico-légale tient à l'identification de ce qui, dans le langage indigène, est appelé le 'médical', qui relève de la seule autorité des praticiens. Les infirmiers ont leur domaine, revendiqué durant des décennies et intitulé 'rôle propre'. Ce rôle propre inclut un 'diagnostic infirmier', terme qui reprenant le sésame-clé des médecins 'pondéré' de l'adjectif spécifique au métier, et les soins dits 'autonomes', qui comme cela s'entend désignent ce qui échappe aux soins dits 'techniques', prescrits par le médecin. Dans la perspective de l'équipe projet en charge de l'informatisation, qui relaie en cela les prescriptions de la HAS, il s'agissait à l'occasion de l'informatisation de ramener les infirmiers dans leur domaine autorisé, tout en mettant mieux en visibilité ce 'rôle propre', les compétences et les tâches qui en résultent.

Au regard de ce projet, il apparaît dans la pratique que les traces informatisées se sont systématisées pour ce qui a trait aux soins techniques... dès lors que la mise en trace est engagée, ce qui au dire de l'équipe projet n'est pas le cas de la totalité des soins prescrits. En quelque sorte, la trace quand elle existe est exhaustive du point de vue médico légal : l'auteur est bien identifié par son code d'accès, les date et heure sont enregistrées automatiquement, les actes validés lui sont attribués. En revanche, les saisies relatives au rôle propre se sont plutôt raréfiées, alors même que le projet consistait à les systématiser ; le relais a été pris par des supports papier manuscrits, qui réassemblent ce que l'architexte informatisé a tenté de désassembler.

C'est tout particulièrement le cas de ce qui s'appelait la 'feuille de synthèse'. Cette feuille du dossier papier comportait : 1) des données d'identification du patient articulées sur son cadre quotidien (nom, prénom, âge, coordonnées, médecin traitant) ; 2) étaient associées des informations médicales d'alerte : allergies, prothèses... ; 3) un dernier volet concernait 'l'historique de la maladie', également appelée 'antécédents du patient' : diagnostic initial, primo traitement, évolutivité. Du point de vue des normes médico légales, cette feuille a été jugée particulièrement peu conforme dans la mesure où les infirmiers y consignent des informations d'ordre 'médicales' (les catégories 2 et 3).

Le projet d'informatisation dans son ensemble, qui s'est étendu sur au moins cinq ans, a comporté une étape qui visait à conformer les écritures aux normes en partant des praticiens. Avant d'informatiser le dossier de soins, qui est bien précisément désigné comme 'dossier de soins infirmiers' par l'équipe projet, une précédente étape avait consisté à tenter d'informatiser ces données médicales en faisant assurer la saisie par les praticiens eux-mêmes. Il s'agissait pour ce faire de passer de comptes rendus de consultation constitués selon la logique de chaque praticien à des enregistrements dans des champs de saisies pré structurés, informatiquement normés, de façon à ce que ces informations soient accessibles pour toute l'équipe soignante, y compris donc les infirmiers. Mais les praticiens ont été en situation de refuser cette saisie.

« Alors il y a eu un projet, enfin pas un projet c'est un logiciel qui existe qui s'appelle (nom du logiciel), qui est le logiciel médical. Et (nom du logiciel) a été structuré d'une telle façon qu'on pouvait effectivement recueillir ce genre d'informations. Pour recueillir ce genre d'information il faut qu'elle soit structurée. Donc ce qui avait été demandé aux médecins c'est de structurer leurs comptes rendus. Résultat échec. C'est-à-dire qu'ils ne structuraient pas. Donc on avait demandé aux secrétaires de le structurer à leur place. Donc les secrétaires devaient chercher toutes les informations dans tout ce qui pouvait y avoir, donc ça a doublé le temps de frappe des comptes rendus. Donc on arrête. Là je fais rapide, ça a duré un certain temps, mais on arrête. Mais l'objectif était dans (nom du logiciel) justement d'avoir une fiche antécédents, d'avoir une fiche allergies, d'avoir une fiche... voilà mais ça on peut pas le faire si les informations sont pas structurées. Donc ça a été abandonné. Mais techniquement c'est possible. Mais toute l'implication organisationnelle et de résistance au changement derrière est très compliquée. » (lignes 203 à 214 retranscription entretien 2).

Le projet d'ensemble a pris trois ans de retard dans cette tentative inaboutie, mais le principe du respect des écritures autorisées a été maintenu. Dès lors, les infirmiers doivent « aller fouiller » dans les comptes rendus des médecins, organisés selon un simple principe chronologique, pour identifier ces informations potentiellement nécessaires aux soins.

A cette délimitation des écritures autorisées s'est articulé le postulat, issu de la vulgate gestionnaire et des professionnels de l'informatique, selon laquelle toute resaisie serait du travail inutile et potentiellement source d'erreur. Or les propos tenus par nos interlocuteurs sur ce travail infirmier mettent à jour un travail de prise de sens et d'articulation sur la préparation de l'activité qui va bien au delà d'une 'simple saisie'.

282-283 : « Le médecin prescrivait le médicament, l'infirmière recopiait et faisait une 1e analyse. Dans (nom du logiciel), le problème est réglé, plus de traduction à faire. »

361-362 : « c'est que l'infirmière recopiait et surtout faisait une première analyse « tiens, ça c'est bizarre, je ne comprends pas, euhhh ».

311-312 : « C'est-à-dire que quand on créait un nouveau dossier, on prenait une feuille blanche - vierge - et on allait sur les comptes rendus médicaux et on faisait une synthèse. »

285-287 : « La recopie de médicaments est INTERDITE par l'HAS à cause des erreurs possibles. C'est pourquoi (nom du logiciel) existe. Il y avait deux solutions : un système informatisé ou une nouvelle fiche uniquement pour médecins. »

La fiche de synthèse permettait, aux dires même des responsables de l'équipe projet, de cerner la situation : « en une page et en un coup d'œil » ; « c'était très pratique, on rentrait dans la chambre du patient... (...) et ça on l'a perdu ». La copie servait aussi à se projeter dans l'activité : « on chronologisait les choses ».

391 – 397 : « on appelait ça « relever » et l'infirmière qui relevait les informations signalait là [montre le bas de la feuille] et on savait que c'était telle personne qui s'était occupée de relever les prescriptions. Mais pas de date, pas d'heure, voilà. Mais au moins on savait. Bon, là j'arrive à lire [en pointant de l'index la signature de l'infirmière] mais je peux vous sortir des fiches ou il y a X, il y a des initiales, bon il y a des choses ... Et donc là [feuille infirmières] elles recopiaient les médicaments et elles les planifiaient, donc ça c'est la deuxième partie de (nom du logiciel). »

Face à cet ensemble d'injonctions sur l'expression conforme et dans les cadres, les infirmiers ont tendance à se recentrer sur les écrits d'écran qui tracent les soins techniques, qui sont les plus impérativement prescrits, et dont le non-accomplissement peut faire l'objet de recours dans une logique médico-légale. Le logiciel lui-même 'met en scène' cette injonction, comme indiqué précédemment, au travers des lignes du temps. En revanche, le diagnostic infirmier est rarement enregistré ; quant aux transmissions, elles se font essentiellement à l'oral et par écritures papier. Au final, la mise en conformité au cadre médico-légal a réduit le champ et la pertinence des informations enregistrées ; la trace identifiée, normée, prime sur le sens et sur la coordination des soins, jusqu'à entraver les investigations ultérieures qui peuvent être requises y compris pour des finalités légales ou gestionnaires.

En cela, le lien entre la norme, la responsabilité et la possible sanction est renouvelé, renforcé. La norme équipée par l'outil vient préciser les territoires d'auteur-autorité, et contrer les écritures qui pouvaient traverser les frontières pour assurer des traductions. Ces traductions étaient justifiées par ce qu'elles facilitaient les pratiques de soins. Mais dès lors qu'elles contreviennent à la norme, elles ne sont plus autorisées. C'est le cas de cet élément du dossier patient, la fiche de synthèse, qui a été exclue de la version informatisée et dont nous avons suivi les transformations, d'une fiche du dossier papier aux 'pense-bête' dans les poches (Mayère & al., 2011, 2012).

CONCLUSION : DES TRACES SIGNÉES AUX TEXTES SANS AUTEUR... UNE PROMESSE NON TENUE DE TOUTE PUISSANCE DE LA NORME ?

La norme équipée par le DPI configure et 'durcit' différents rôles et acteurs dans la mise en écriture. Il s'agit d'une écriture à plusieurs mains, dont chaque contribution est attribuée à un auteur, et qui vient renseigner tel ou tel volet des bases de données correspondant à un écran dédié. Le système informatisé vient en quelque sorte renforcer les statuts médico-légaux, en contraignant les territoires d'auteurité (Taylor, 2012) et en segmentant les domaines d'intervention.

Ainsi équipée, la norme médico-légale s'avère particulièrement forte. Mais le sens échappe à la norme : ce qui est ainsi segmenté en autant de 'données structurées' ne donne pas prise sur le sens de la situation des patients, de même qu'il ne facilite pas la coordination des soins qui était censée s'en trouver optimisée. L'écrit autorisé ne donne pas place à la formation d'un sens collectif. Tout se passe comme si la norme équipait un 'sens unique' – comme signification et comme orientation –, celui du reporting médico-légal, et ce faisant, contrecarrait la production d'autres sens. En cela la norme fait autorité en la rendant exclusive, et en ne laissant pas place aux autres productions de sens articulées aux activités de soins.

L'informatisation est présentée telle une garantie contre les ruptures dans l'autorité, et dans les traces mobilisables en cas de sanctions pour faire état des responsabilités. L'outil se voit attribué un caractère magique, de toute puissance, qui lui permettrait de tracer qui a fait quoi à quel moment et où. Mais les pratiques s'avèrent pour partie échapper à ce filet aux mailles pourtant étroitement tissées. Le constat est celui de listes diversement administrées, d'un déficit de traçabilité. Le problème que le dispositif technique était censé résoudre resurgit sous une autre forme. Plus encore, c'est la question même du sens du texte global ainsi produit qui est soulevée.

Ce texte est fait de multiples contributions locales signées, mais pris dans sa totalité c'est un texte sans auteur (Taylor & Van Every, 2011), le produit d'une écriture collective (Callon, 2002). Dans ce texte collectif, tout est fait pour réindividualiser les parties du texte en les assignant aux individus qui les ont produits. Mais la question des transmissions, et du sens global des récits, reste sans réponse (Boudès & al., 2005 ; Browning, 1992). Tout se passe comme si, en réassignant chacun aux limites de son territoire, ce qui faisait traduction et mise en récit ne trouvait plus place dans le dossier officiel, et devait chercher de nouvelles formes d'expression au travers d'inscriptions non autorisées ou d'échanges oraux, échappant ainsi à la traçabilité exhaustive qui justifiait l'équipement de la norme par un outil supposé omnipotent.

References

- . Akrich, M., 1992. "The De-Description of Technical Objects," in *Shaping Technology/Building Society: Studies in Sociotechnical Change*, W. Bijker, and J. Law (eds.), MIT Press, Cambridge, MA, 1992, 205-224.
- . Becker H. S., 2002. *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, éd. La découverte, 352p.
- . Bloomfield, B. and Vurdubakis, T. (1997). *Paper Traces: Inscribing Organizations and Information Technology*, ch.5 in B. Bloomfield, R. Coombs, D. Knights & D. Littler (Eds.). *Information Technology and Organizations; Strategies, Networks and Integration*, Oxford University Press, UK. pp.85-111.
- . Boudès T., Browning L. D., 2005, « La dialectique entre listes et récits au sein des organisations », *Revue Française de Gestion*, Nov./Dec., vol. 31 (159) ; 233 – 245
- . Browning L. D., 1992. "Lists and Stories as Organizational Communication", *Communication Theory*, 2, 281 - 302
- . Callon M, 2002, "Writing and (re)writing devices as tools for managing complexity", in J Law A M Mol, *Complexities: Social Studies of Knowledge Practices*, Duke University Press, Durham, NC, 191-217
- . Giroux, N. L'étude de cas. In : Giodarno, Y. coord. *Conduire un projet de recherche : une perspective qualitative*. Paris: Éditions EMS, 2003, p. 42-84.
- . Harper R.H.R., O'Hara K.P.A., Sellen A.J. & Duthie D.J.R., 1997, "Towards the paperless hospital?", *British Journal of Anaesthesia*, 78, 762-767.
- . Hémond F., sous la direction de Mayère A. et Grabot B. (2011). *Une approche communicationnelle du "développement fournisseur" : le cas des rapports clients-fournisseurs dans l'aéronautique*. Thèse de doctorat, Université de Toulouse.
- . Hlady Rispal M., *La méthode des cas, application à la recherche en gestion*, éd. de Boeck Université, 2002
- . Jeanneret, Y., 2009, *La relation entre médiation et usage dans les recherches en information-communication en France*, RECHS
- . Jégou, J.J., 2005, *L'informatisation des établissements de santé. Rapport d'information n°62 pour le Ministère des finances*, 65p.
- . Joerges, B., & Czarniawaska, B., 1998. "The question of technology, or how organizations inscribe the world". *Organization Studies*, 19(3), 363-385.
- . Jolivet A. & Vasquez C., 2011. « Reconfiguration de l'organisation : suivre à la trace les figures textualisées – le cas de la figure du patient », *Etudes de communication*, n°36
- . Kaufmann J.C., 2003, *L'entretien compréhensif*, éd. Nathan Université, 128p.
- . Latour, B. (2007a). Sur un livre d'Etienne Souriau: Les Différents modes d'existence. En : <http://www.bruno-latour.fr/articles/article/98-SOURIAU.pdf>
- . Latour B., 1994. « Une sociologie sans objet ? Remarques sur l'interobjectivité », *Sociologie du travail*, 36, 4, 587-607.
- . Latour B., 2000. « Fractures/fractures. De la notion de réseau à celle d'attachement » in André Micoud et Michel Peroni, *Ce qui nous relie*, Editions de l'Aube, La Tour d'Aigues, 189-208.
- . Latour B. & Woolgar S. 1986. *Laboratory Life. The Construction of Scientific Facts*. Princeton University Press, 295p.
- . Mayère, A., Bazet, I., & Roux, A., 2011. *The agency of information, machines and instruments in sensemaking and cooperative work: the case of computerised patient records and paper reminders. The Communicative and Material Constitution of Organization. Studying Objects, Texts and Sites. International Communication Association's 61st Annual Conference*, Boston.
- . Mayère, A., Bazet, I., & Roux, A., 2012. « « Zéro papier » et « pense-bêtes » à l'aulne de l'informatisation du dossier de soins », Pontille D., Denis J., 2012, *Les petites mains de l'information*, *Revue Anthropologie des Connaissances*, (à paraître).
- . Sellen A. and Harper R, 2001, *The Myth of the Paperless Office*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- . Souriau, E., 1956. "L'oeuvre à faire". *Bulletin de la Société française de philosophie*, 4-44, 95-217
- . Suchman, L., 1994, Do categories have politics? The language/action perspective reconsidered. *CSCW* 2, 1, 177-190.
- . Taylor J. & Van Every E., 2000. *The emergent organization. Communication as site and surface*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- . Taylor J. & Van Every E., 2011. *The situated organization. Case studies in the pragmatics of communication research*. New York : Routledge.
- . Taylor, J. (2012). *L'organisation autorisée*. Conférence plénière, Colloque International Communiquer dans un monde de norme. ICA/SFIC/ GERIICO. Roubaix, 7-9 mars 2012.
- . Tine M.-A., 2008. « Une critique du processus d'informatisation du système de santé français », *TIC et société*, vol.2(1) : TIC et santé, URL : <http://revues.mshparisnord.org/ticsociete/>
- . Verbeek, P.-P., 2006. *Materializing Morality - design ethics and technological mediation*. *Science, Technology and Human Values*, 31(3), 36